

Närståendevårdares psykiska hälsa

En intervjustudie om upplevelsen av integration och adekvat verklighetsuppfattning

Sara Laitinen

Examensarbete

Vård

2012

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård
Identifikationsnummer:	
Författare:	Sara Laitinen
Arbetets namn:	Närståendevårdares psykiska hälsa – En intervjustudie om upplevelsen av integration och adekvat verklighetsuppfattning
Handledare (Arcada):	Bettina Stenbock-Hult
Uppdragsgivare:	SUFACARE
<p>Sammandrag:</p> <p>Detta examensarbete är en kvalitativ intervjustudie angående finländska närståendevårdares upplevelser av den egna psykiska hälsan. Arbetet ingår i forskningsprojektet SUFACARE (Supporting Family Caregivers and Receivers) som är ett samarbete mellan Arcada – Nylands svenska yrkeshögskola och Tallinn University. Projektet leds av forskningschef Jukka Surakka. Syftet med studien är att undersöka ifall närståendevårdare upplever sig ha psykisk hälsa enligt två av Jahodas kriterier för positiv psykisk hälsa, nämligen <i>integration</i> och <i>adekvat verklighetsuppfattning</i>. Ur Marie Jahodas teori om kriterier för positiv psykisk hälsa (1958) har två kriterier plockats ut och fördjupats och dessa fungerar som teoretisk referensram för studien. Den övergripande frågeställningen för studien är: Upplever närståendevårdare att de har en positiv psykisk hälsa? För att besvara denna frågeställning har sex närståendevårdare intervjuats i temaintervjuer. Av de utskrivna intervjuerna gjordes en deduktiv innehållsanalys som mynnade i två överkategorier, sju kategorier och 23 underkategorier. Överkategorin <i>integration</i> delades in i tre kategorier. <i>Balans och flexibilitet</i> uttrycktes i underkategorierna motvikt till vårdandet, balans mellan olika behov och tilltro till framtiden. <i>Enhetlig livsåskådning</i> uttrycktes i underkategorierna ansvarskänsla, tillgivenhet, familj och gemenskap samt religiösa tankegångar. Ur kategorin <i>förmågan att hantera påfrestningar</i> skapades underkategorierna växa till uppgiften, förutspående ångest, att be om hjälp och stöd, ta kontroll, problemlösning och prioritering. Överkategorin <i>adekvat verklighetsuppfattning</i> delades in i två kategorier. <i>Varseblivning som inte förvrängs av behov</i> uttrycktes genom underkategorierna tacksamhet samt ”livets gång”. <i>Empatin</i> syntes i underkategorierna ta i beaktande och medkänsla. Den fristående kategorin <i>behov av hjälp och stöd</i> uttrycktes genom underkategorierna emotionellt stöd, information, avlastning och bemötande. Kategorin <i>risk för psykisk ohälsa</i> delades upp i underkategorierna känsla av bundenhet, lämnad ensam åt sitt öde samt stress och samvetsqual.</p>	
Nyckelord:	Närståendevårdare, psykisk hälsa, integration, adekvat verklighetsuppfattning, SUFACARE
Sidantal:	96
Språk:	svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Nursing
Identification number:	
Author:	Sara Laitinen
Title:	The Mental Health of Family Caregivers – a study about experienced integration and perception of reality
Supervisor (Arcada):	Bettina Stenbock-Hult
Commissioned by:	SUFACARE
<p>Abstract:</p> <p>This study is a qualitative study based on six interviews with Finnish family caregivers regarding their experienced mental health. The study is a part of the SUFACARE (Supporting Family Caregivers and Receivers)-project, which is a co-operation between Arcada – Nylands svenska yrkeshögskola and Tallin University. The SUFACARE-project is lead by project manager Jukka Surakka. The purpose of the study is to examine the family caregivers' perception of their own mental health in regards to Marie Jahodas theory about positive mental health (1958), with special focus on the criteria <i>integration</i> and <i>perception of reality</i>. The main question, which the study is trying to answer is: do family caregivers experience positive mental health? A deductive content analysis of the transcribed interviews was made in order to answer the question. The results of the analysis were seven main categories with five belonging to the criteria integration and perception of reality. Integration was expressed with three categories. <i>Balance and flexibility</i> was expressed through counterbalancing the care giving, balancing different needs and having belief in the future. <i>A unifying outlook on life</i> was expressed through feelings of responsibility, devotion, the importance of family and fellowship, and religious thinking. <i>Resistance to stress</i> was expressed through growing into the task, anticipatory anxiety, asking for help and support, taking control and solving problems and prioritizing. Perception of reality was expressed with two categories. <i>Perception free from need-distortion</i> was expressed through gratitude and an understanding for the course of life. <i>Empathy</i> was expressed through taking others into consideration and compassion. In the freestanding category <i>need of help and support</i> the family caregivers expressed their needs for emotional support, information, respite care and being well treated. The other freestanding category <i>risk of mental illness</i> shows that the family caregivers experience feelings of lack of freedom, desolation and stress and qualms of conscience as burdens in their everyday lives.</p>	
Keywords:	Family caregivers, mental health, integration, perception of reality, SUFACARE
Number of pages:	96
Language:	swedish
Date of acceptance:	

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Hoitoala
Tunnistenumero:	
Tekijä:	Sara Laitinen
Työn nimi:	Omaishoitajien mielenterveys – haastattelututkimus koetusta integraatiosta ja asianmukaisesta todellisuudentajusta
Työn ohjaaja (Arcada):	Bettina Stenbock-Hult
Toimeksiantaja:	SUFACARE
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Tässä kvalitatiivisessa opinnäytetyössä suomalaisia omaishoitajia on haastateltu koskien heidän omia näkemyksiään mielenterveydestään. Työ on osa tutkimusprojektia SUFACARE (Supporting Family Caregivers and Receivers), joka on Arcada – Nylands svenska yrkeshögskola:n ja Tallin University:n yhteistyö. Projektia johtaa projektipäällikkö Jukka Surakka. Opinnäytetyön tarkoitus on tutkia mikä omaishoitajien oma käsitys mielenterveydestään on. Teoreettisena näkökulmana toimii Marie Jahodan kriteerit psyykkisestä hyvinvoinnista (1958) ja näistä kahteen kriteeriin, <i>integraatio</i> sekä <i>asianmukainen todellisuudentaju</i>, on syvennytty. Opinnäytetyössä pyrin vastaamaan kysymykseen: Kokevatko omaishoitajat että heillä on psyykkistä hyvinvointia? Saadakseni vastauksen tähän tein kuusi teemahaastattelua omaishoitajien kanssa heidän näkemyksistään. Puhtaaksi kirjoitetuista haastatteluista tein deduktiivisen sisällönanalyysin. Tulokset tästä osoittavat että omaishoitajat kokevat integraatiota kolmessa muodossa. <i>Tasapainoa ja joustavuutta</i> ilmaistiin löytyneelle vastapainona hoidolle, eri tarpeiden tasapainottamisella sekä uskolla tulevaisuuteen. <i>Yhtenäistä elämäkatsomusta</i> ilmaistiin vastuun tunteena, kiintyneisyytenä, perheen ja yhteenkuuluvuuden tärkeytenä sekä uskonnollisina ajatuksenkulkuina. <i>Koettelemuksien hallitseminen</i> ilmaistiin kasvuna tehtävään, ennakoivana ahdistuksena, avun ja tuen pyyntöinä, tilanteen hallinnanottona sekä ongelmanratkaisuna ja asioiden laittamisena tärkeysjärjestykseen. Asianmukaista todellisuudentajua koettiin kahdessa eri muodossa. <i>Tarpeista riippumatonta havaitsemista</i> ilmaistiin kiitollisuutena sekä elämänkulun hyväksymisenä. <i>Empatiaa</i> ilmaistiin huomioon ottamisella sekä myötätunnolla. Omaishoitajat ilmaisivat myös <i>avun ja tuen tarvetta</i> henkisen tuen, tiedon, työkuormituksen vähentämisen sekä suopean vastaanoton muodoissa. Tämän lisäksi ilmaistiin myös <i>psyykkisen pahoinvoinnin riskiä</i> kotiinsa rajoittuneisuuden tunteena, yksinäisyytenä sekä stressinä ja tunnontuskina.</p>	
Avainsanat:	Omaishoitajat, mielenterveys, integraatio, asianmukainen todellisuudentaju, SUFACARE
Sivumäärä:	96
Kieli:	ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	

INNEHÅLL

1	INLEDNING	9
2	BAKGRUND	10
3	TEORETISK REFERENS RAM	12
3.1	Närståendevård	13
3.2	Närståendevårdare	14
3.3	Psykisk hälsa	15
3.4	Människans psykiska dimension eller psyke	15
3.4.1	<i>Den emotionella dimensionen</i>	<i>15</i>
3.4.2	<i>Den intellektuella dimensionen</i>	<i>16</i>
3.4.3	<i>Den andliga dimensionen</i>	<i>16</i>
3.5	Kriterier för psykisk hälsa	17
3.5.1	<i>Integration av individens psykiska krafter</i>	<i>17</i>
3.5.2	<i>Adekvat verklighetsuppfattning</i>	<i>20</i>
3.6	Sammanfattning	22
4	TIDIGARE FORSKNING	24
4.1	Sökningar	24
4.2	Forskningar	26
4.2.1	<i>Upplevd börda och depression hos närståendevårdare</i>	<i>26</i>
4.2.2	<i>Copingmetoder och avlastande vård</i>	<i>26</i>
4.2.3	<i>Flexibilitet och balans</i>	<i>28</i>
4.3	Sammanfattning	29
5	SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	30
6	DATAINSAMLINGSMETOD OCH ANALYSMETOD	31
6.1	Temaintervju	31
6.2	Innehållsanalys	33
7	ETISKA REFLEKTIONER	36
8	STUDIENS GENOMFÖRANDE	38
8.1	Sampel	38
8.2	Förberedelser inför intervjuerna	38
8.3	Intervjusituationen	38
8.4	Material	39
9	RESULTATREDOVISNING	39

9.1	Integration	41
9.1.1	<i>Balans och flexibilitet</i>	41
9.1.2	<i>Enhetlig livsåskådning</i>	42
9.1.3	<i>Förmågan att hantera påfrestningar</i>	45
9.2	Adekvat verklighetsuppfattning	48
9.2.1	<i>Varseblivning som inte förvrängs av behov</i>	48
9.2.2	<i>Empati</i>	49
9.3	Behov av hjälp och stöd	51
9.4	Risk för psykisk ohälsa.....	52
9.5	Sammanfattning	55
10	TOLKNING AV RESULTATET	55
10.1	Tolkning av resultatet i relation till den teoretiska referensramen	56
10.2	Tolkning av resultatet i relation till tidigare forskning	59
10.3	Tolkning av resultatet i relation till syfte och frågeställningar	60
11	DISKUSSION	62
12	KRITISK GRANSKNING.....	64
13	Avslutning	66
	Källor	68
	Bilagor	72

Figurer

Figur 1. Temaguide.....	Error! Bookmark not defined.	2
Figur 2. Innehållsanalysen som process	Error! Bookmark not defined.	5
Figur 3. Balans och flexibilitet.....		41
Figur 4. Enhetlig livsåskådning.....		43
Figur 5. Förmågan att hantera påfrestningar.....		45
Figur 6. Varseblivning som inte förvrängs av behov.....		48
Figur 7. Empati.....		49
Figur 8. Behov av hjälp och stöd.....		51
Figur 9. Risk för psykisk ohälsa.....		53

Tabeller

Tabell 1. Sökningar.....	25
--------------------------	----

1 INLEDNING

Det här examensarbetet är en kvalitativ intervjustudie om närståendevårdarnas upplevelser om sin psykiska hälsa. Arbetet är en del av forskningsprojektet SUFACARE (Supporting Family Caregivers and Receivers) som är ett samarbete mellan Arcada och Tallin University och inleddes år 2007. SUFACARE är ett Interreg IV A-projekt med syftet att förbättra livssituationen för närståendevårdare i Finland och i Estland genom att skapa en modell för god och kostnadseffektiv närståendevård. Modellen ska ta i beaktande både fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande hos närståendevårdarna. Som projektledare fungerar forskningschef Jukka Surakka. Tidigare under projektets gång har man skickat ut enkäter för att hitta närståendevårdarna samt för att göra en kartläggning av deras situation. Nu deltar studeranden vid Arcada i projektet genom att på basis av enkätstudien göra intervjuer med närståendevårdare för att få kvalitativa data angående närståendevårdarnas psykiska och fysiska välbefinnande, miljö samt deras utnyttjande av social service.

Då SUFACARE presenterades under FUI-dagen i Arcada hösten 2010 blev jag genast intresserad. I och med att jag som vårdare redan mött en stor mängd närståendevårdare insåg jag att projektet och dess ämnesområde är väldigt aktuellt, både på ett samhällsligt och på ett personligt plan. Möjligheten att få göra ett examensarbete med fokus på den psykiska hälsan var även något som lockade i projektet. I och med det starka intresset för kurserna och praktiken i psykiatrisk vård kändes det som en självklarhet att skriva även examensarbetet inom just det mentala området.

Examensarbetet består av två delar, en teoretisk del samt en empirisk del. I den teoretiska delen beskrivs först bakgrunden till närståendevården i Finland samt lagen om stöd för närståendevård. Därpå följer en beskrivning av den teoretiska referensramen som utgör stommen i resten av studien. I den tidigare forskningen beskrivs den kunskap som redan finns på ämnesområdet och därefter har syftet samt de centrala frågeställningarna för studien definierats. I kapitlet om metod beskrivs metoderna för datainsamling och databearbetning som använts i studien. Därefter reflekteras över de etiska principer som bör tas i beaktande i forskning i allmänhet och denna studie i synnerhet.

Den empiriska delen inleds med en kort beskrivning av hur själva datainsamlingen i praktiken gått till. Därefter följer redovisningen av resultatet. Resultatet tolkas sedan i relation till det teoretiska perspektivet, den tidigare forskningen samt studiens syfte och centrala frågeställningar. Därpå följer en diskussion av vad resultatet kan ha för betydelse för mig och andra vårdare, för samhället och för vidare forskning. Till sist görs en kritisk granskning av hela studien i dess helhet.

2 BAKGRUND

Befolkningsmängden i Finland ökar hela tiden. Trots ett lågt födelsetal beräknas mängden överstiga sex miljoner år 2040 i och med den ökade invandringen samt den minskade dödligheten. Mängden äldre personer ökar samtidigt. I sin befolkningsprognos förutspår Statistikcentralen att andelen personer över 65 år kommer att stiga från nuvarande 17 % till 29 % fram till år 2060 medan antalet personer över 85 under samma tid stiger från nuvarande 108000 till 463000. Detta innebär samtidigt att den demografiska försörjningskvoten stiger med otrolig fart. Den demografiska försörjningskvoten anger antalet barn och pensionärer per hundra personer i arbetsför ålder. År 2008 var denna kvot 50,3 och förutspås enligt prognosen stiga till 79,1 fram till år 2060. (Statistikcentralen 2009)

I och med den åldrande befolkningen utsätts vårt social- och hälsovårdssystem för stor press. Social- och hälsovårdstjänsterna utnyttjas främst av just de äldre åldersgrupperna och har redan nu svårigheter att svara på de ökande behoven. Utmaningarna är stora även på andra områden än äldreomsorgen. Andelen vuxna i Finland som lider av mentala problem är ca 20 %. De totala kostnaderna som dessa problem orsakar samhället ligger kring 2,5 miljarder euro. Trots detta är resurserna inte tillräckligt stora för att satsa på tillräcklig preventiv psykiatrisk vård. Handikappservicen i sin tur användes år 2001 av 90000 personer och kostade samhället 164 miljoner euro. Användningen och behovet av handikappservice växer dock för varje år. Det otillräckliga serviceutbudet inom social- och hälsovårdssystemet orsakar att allt högre krav ställs på närstående att delta i vården. Detta syns för tillfället i samhället som ett försök att satsa mer på öppenvård samt som försök att skapa ett mer flexibelt vårdssystem där den offentliga vården och närståendevården skulle komplettera varandra. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004)

Problematiken kring närståendevård har debatterats i medierna. Nylander skriver (2011) i en insändare i Hufvudstadsbladet om flexibiliteten som krävs av arbetslivet för att möjliggöra att närståendevården kunde bli en mer etablerad komplettering till den offentliga servicen. Hon lyfter samtidigt fram behovet av att samhället inte skulle förlora allt för många arbetsföra från arbetslivet. Nylander tar upp ett lagförslag som för tillfället behandlas i riksdagen och som skulle innebära en förändring i arbetsavtalslagen så att arbetsgivare och arbetstagare kunde komma överens om ledighet för vård av närstående. Förslaget har dock kritiserats för att inte ta ställning till hur vårdaren skulle ersättas för vårdandet. Surakka och Stenbock-Hult (2010) lyfter i sin insändare fram en annan problematik inom närståendevården. På basis av en undersökning gjord inom Arcada – Nylands svenska yrkeshögskolas projekt SUFACARE har man konstaterat att närståendevårdare mår väldigt mycket sämre än genomsnittsbefolkningen. De upplever sig vara mer ensamma, mindre lyckliga, ha färre sociala kontakter och vara isolerade samt lider i större utsträckning av ångest. Ett av de stora problemen visade sig vara att närståendevårdarna hade stora svårigheter att ordna sina ledigheter samt att få avlastande vård för den vårdbehövande.

I kapitlet nedan beskrivs lagen om stöd för närståendevård. Detta stöd erhålls dock bara av ca 10 % av de ungefär 300 000 närståendevårdarna i Finland (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2004). En stor del av närståendevårdarna får alltså inget stöd eller ingen hjälp i sitt arbete. Detta faktum, kombinerat med resultaten om de påfrestningar närståendevårdarna utsätts för (Surakka & Stenbock-Hult 2010), tyder på att social- och hälsovårdssystemet har stora utmaningar att tampas med inom den närmaste framtiden då det gäller att etablera närståendevårdarna som en del av systemet på ett hållbart sätt.

Lagen om stöd för närståendevård

I januari 2006 trädde den uppdaterade Lagen om stöd för närståendevård 2.12.2005/937 i kraft. Lagen har som syfte att ”främja närståendevård som är förenlig med den vårdbehövandes bästa genom att trygga tillräckliga social- och hälsovårdstjänster samt en kontinuerlig vård och stöd för närståendevårdarens arbete” (Finlex 2005/937) Med stöd för närståendevård avses helheten som innefattar de nödvändiga tjänster som ges den vård-

behövande samt vårdarvodet, ledigheten och tjänster som stöder närståendevårdandet som ges vårdgivaren. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2006)

Stödet för närståendevård kan beviljas av kommunen om

- 1) någon på grund av nedsatt funktionsförmåga, sjukdom eller handikapp eller av någon motsvarande orsak behöver vård eller annan omsorg i hemförhållanden,
- 2) en anhörig till den vårdbehövande eller någon annan som står den vårdbehövande nära är beredd att ansvara för vården och omsorgen med hjälp av behövlig service,
- 3) vårdarens hälsa och funktionsförmåga svarar mot de krav som närståendevården ställer,
- 4) närståendevården tillsammans med andra behövliga social- och hälsovårdstjänster är tillräcklig med tanke på den vårdbehövandes välbefinnande, hälsa och säkerhet
- 5) den vårdbehövandes hem till sina sanitära förhållanden och övriga förhållanden är lämpligt för den vård som skall tillhandahållas där, och om
- 6) beviljande av stöd bedöms vara förenligt med den vårdbehövandes bästa

(Finlex 2005/937)

För att beviljas stöd för närståendevård bör närståendevårdaren och kommunen ingå ett avtal i vilket man även bifogar en vård- och serviceplan. Avtalet bör innefatta uppgifter om vårdarvodets storlek och betalningssätt, vårdarens rätt till lediga dagar, ordnandet av ledigheten, ett tidsbegränsat avtals längd samt utbetalningen av vårdarvodet ifall vården avbryts på begäran av vårdaren eller av den vårdbehövande av andra än hälsorelaterade skäl. (Finlex 2005/937)

Varje kalendermånad som vårdaren fortgående är bunden till vårdandet har denne rätt till tre dygn ledig tid. Under denna tid är kommunen skyldig att sörja för den vårdbehövandes vård på ett ändamålsenligt sätt. (Finlex 2005/937) Den lagstadgade rätten till lediga dagar förverkligas dock inte för ca 40% av närståendevårdarna (Surakka & Stenbock-Hult 2010).

3 TEORETISK REFERENSRAM

Tidigare har det funnits tre traditioner som definierar psykisk hälsa ur olika perspektiv. Den första traditionen har definierat psykisk hälsa via dess motsats, nämligen psykisk

ohälsa eller sjukdom. Psykisk hälsa har därmed setts som frånvaro av psykisk sjukdom. Detta perspektiv har dock varit problematiskt i och med svårigheten att definiera gränserna för psykisk sjukdom. Det andra perspektivet har sett på psykisk hälsa som något normativt, dvs. som det ”normala”. Svagheten i detta perspektiv ligger i att det normala blir synonymt med psykisk hälsa, men förblir lika vagt och intetsägande. Det tredje perspektivet har sett på psykisk hälsa som olika slags välbefinnande, men även detta kunde ifrågasättas då välbefinnande innefattar även yttre faktorer och inte endast inre faktorer. (Jahoda 1958:22) För att få en mer omfattande syn på begreppet psykisk hälsa gjorde Jahoda (1958:23) en översikt på tidigare litteratur och granskade andra sätt att närma sig begreppet. På basen av denna litteratur gjordes en sammanställning bestående av sex kriterier för positiv psykisk hälsa. Dessa kriterier nämns kort i kapitlet ”kriterier för psykisk hälsa”. Därefter fördjupas de av kriterierna som kommer att fungera som teoretiskt perspektiv i denna studie. För att tydliggöra det teoretiska perspektivet görs sedan en sammanfattning av det mest väsentliga. Först görs dock en mera djupgående definition av begreppen ”närståendevård” och ”närståendevårdare”. Sedan görs en beskrivning av begreppet ”psykisk hälsa” på ett mera allmänt plan och därefter beskrivs människans psykiska livsdimension enligt Beck, Rawlins och Williams (1984).

3.1 Närståendevård

Närståendevård kan definieras som ”vård av och omsorg om en äldre, handikappad eller sjuk person som ordnas i hemförhållanden med hjälp av en anhörig eller någon annan som står den vårdbehövande nära” (FINLEX 2005/937). Denna vårdrelation kan uppstå nästan omärkt då en person hjälper sin närstående allt mer och till sist inser att denne inte klarar av vardagen ensam. Andra gånger uppstår relationen plötsligt till följd av ett insjuknande eller handikapp. (Omaishoitajat ja Läheiset – Liitto ry 2010-2011)

Det som utmärker närståendevårdarrelationen är att relationen etablerats redan innan sjukdomen eller handikappet kommit in i bilden (Sand 2002:17). Då relationen förändras och utvecklas till en vårdrelation, är det väldigt viktigt att lägga märke till det så att de berörda parterna kan ansöka om de stöd och den hjälp som finns tillgängliga (Omaishoitajat ja Läheiset – Liitto ry 2010-2011). Detta kan innebära att ingå ett avtal om närståendevård med kommunen. Anställningsförhållandet skyddar den vårdbehövande ge-

nom att ge samhället en möjlighet att kontrollera vårdförhållandet och därmed förhindra vanvård. Samtidigt ger det närståendevårdaren en möjlighet att få stöd, hjälp och information (Sand 2002:17).

3.2 Närståendevårdare

Närståendevårdare kan definieras som en anhörig eller annan person som står den vårdbehövande nära och som ingått ett avtal om närståendevård (FINLEX 2005/937). Med tanke på att endast 10 % av närståendevårdarna i Finland ingått avtal om närståendevård (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2004) lämnar denna definition av närståendevårdare dock bort en stor del av dem som vårdar och tar hand om sina närstående. Man kan även använda sig av Omaishoitajat ja Läheiset –Liitto ry:s något flexiblare definition (2010-2011) om att närståendevårdaren är en ”person som tar hand om sin sjuka, handikappade eller åldrande närstående” och därmed lämnar bort kravet på avtal. Anhörigas riksförbund använder begreppet anhörigvårdare för ”den person som inom familjen släkten eller vänskretsen hjälper någon som på grund av sjukdom, ålder eller handikapp inte längre klarar av vardagen på egen hand”. Anhörigas riksförbund poängterar att man kan använda begreppet närstående i stället för anhörig för att markera att det inte endast är fråga om en familje- eller släktrelation (jfr Jeppson Grassman 2003:12).

I denna studie används begreppet närstående för att poängtera att familje- eller släktband inte är nödvändiga för att en närståendevårdarrelation ska kunna uppstå. Ett problem man stöter på vid användningen av närståendebegreppet är dock att både ”hjälpgivaren” och ”hjälpmodtagaren” är närstående (Jeppson Grassman 2003:12-13). För att markera vilken person det gäller används begreppen vårdbehövande och närståendevårdare i denna studie. Begreppet närståendevårdare används enligt Omaishoitajat ja Läheiset – Liitto ry:s definition. Därtill bör tilläggas att man inom SUFACARE-projektet begränsat närståendevårdarna till endast de som är över 65 år gamla, samt de som arbetar med närståendevård över fyra timmar i veckan. De närståendevårdare som intervjuas i studien kommer därmed också att uppfylla de kraven.

3.3 Psykisk hälsa

WHO (2009) definierar hälsa som ”ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom” (fri översättning). Trots bristen på en officiell definition av psykisk hälsa använder sig WHO (2009) av följande: ”ett tillstånd av välbefinnande i vilket individen inser sin potential, kan hantera de vanliga påfrestningarna i livet, kan arbeta produktivt och kan bidra till sitt samhälle” (fri översättning). Mental Health Europe (2009) tillägger att kulturen präglar hur den psykiska hälsan definieras i olika samhällen.

3.4 Människans psykiska dimension eller psyke

Beck, Rawlins och Williams (1984:291) skrev att människan har fem livsdimensioner, d.v.s. lever och förverkligar sig i fem olika dimensioner. Individen bör beakta alla dimensionerna för att ha möjlighet till ett balanserat liv. Även om de olika dimensionerna kan beskrivas skilt bör poängteras att de ständigt samverkar med varandra och att ingen dimension kan verka självständigt. Dimensionerna är följande: den fysiska dimensionen, den emotionella dimensionen, den intellektuella dimensionen, den sociala dimensionen samt den andliga dimensionen.

Sarvimäki & Stenbock-Hult (1996:48) skriver att människans psyke utgörs av den emotionella dimensionen, den intellektuella dimensionen samt den andligt-existentiella dimensionen. Dessa beskrivs mer ingående till följande. Här används dock termen ”andlig dimension” enligt Beck, Rawlins och Williams (1984:303-305), inte ”andligt-existentiell dimension”.

3.4.1 Den emotionella dimensionen

Den emotionella dimensionen innefattar människans känsloliv. Emotioner, eller känslor, kan beskrivas som bestående av tre komponenter. Den första komponenten är *upplevelsen av och medvetenheten om* emotionen. Den andra komponenten är den *fysiska reaktionen* på känsloupplevelsen. Den tredje komponenten är kopplad till motivationen och i denna fungerar känslorna *energiskapande*. Enligt de flesta teorier upplever individen inte sina känslor passivt, utan värderar och konstruerar dem ständigt. Vissa känslor upp-

levs som positiva och önskade, medan andra upplevs som negativa och därmed undviks enligt bästa förmåga. Individen kan delvis kontrollera sina känslor och kan öva sig på att maximera de positiva känslorna och minimera de negativa. Det som individen upplever som positiva eller negativa känslor påverkas till en stor del av kulturen. (Beck, Rawlins & Williams 1984:294, 298-299)

3.4.2 Den intellektuella dimensionen

De intellektuella funktionerna kan delas in i fyra huvudgrupper: *receptiva funktioner, minne och inläring, kognition* och *expressivitet*. Utöver dessa poängteras en annan viktig intellektuell funktion, nämligen *flexibilitet* och dess motsats *rigiditet*. Individer som är flexibla klarar av att ta emot olika slags information och stimuli och kan tänka genom flera alternativ i sitt tänkande och i sin problemlösning. Flexibla individer är alltså ofta kreativa både i sitt tänkande och i sitt sätt att uttrycka sig. Rigida personer däremot har ofta en selektiv varseblivning och tar emot endast sådana stimuli som stöder tidigare uppfattningar. De tror dessutom oftast att det finns endast ett sätt att tänka eller ett sätt att lösa problem på. (Beck, Rawlins & Williams 1984:299-301)

3.4.3 Den andliga dimensionen

Den andliga dimensionen kan sägas bestå av fem olika andliga behov. Den *meningsfulla livsfilosofin* utgörs av värderingar, ideal, moral och etik enligt vilka individen fattar beslut för att uppnå sådana mål som känns värdefulla. En *känsla av gränsöverskridande* innebär att uppnå högre andliga känslor och därmed uppleva mer än den ”vanliga existensen”. Känslan av hopp och tro ingår i detta andliga behov. En *djup upplevelse av en gud eller en universell kraft* handlar om religiositet. Detta behov av andlighet tar sig universellt i uttryck hos människor som kommer samman för att vädja till en högre makt då de egna resurserna är bristfälliga. En *känsla av samhörighet med andra människor och naturen* är det fjärde andliga behovet. Detta möjliggör för individen att känna sig delaktig i en slags universell energi. Denna energi utgör grunden för en djupare förståelse för och kärlek till andra människor. Utan denna känsla av samhörighet upplever människan isolation, hopplöshet och meningslöshet. *Självförverkligande* är det sista andliga behovet. Självförverkligande innebär att överskrida sina begränsningar och kän-

na igen sin största potential. Den andliga dimensionen möjliggör för individen att acceptera det naturliga flödet i universum utan att slösa energi på en kamp i att hålla allt oförändrat. (Beck, Rawlins & Williams 1984:303-305)

3.5 Kriterier för psykisk hälsa

Sammanställningen som Jahoda (1958:23) gjorde av den tidigare litteraturen resulterade i följande sammanställning av sex kriterier för positiv psykisk hälsa:

1. Individens attityder gentemot det egna jaget
2. Utveckling och självförverkligande
3. Integration av individens psykiska krafter
4. Adekvat verklighetsuppfattning
5. Individens autonomi gentemot social påverkan
6. Individens förmåga att bemästra tillvaron

Valet av Jahodas kriterier för positiv psykisk hälsa som teoretiskt perspektiv i denna studie baseras på just det faktum att de är en sammanställning av tidigare litteratur och ger därmed en mer omfattande syn på psykisk hälsa än den varje teori skulle ge skilt för sig. I denna studie kommer dock endast två av kriterierna att användas som teoretiskt perspektiv. Fokuseringen på endast två kriterier kan verka något snäv men har dock gjorts medvetet för att möjliggöra en fördjupning i kriterierna, snarare än en ytlig överblick av alla kriterier. De andra kriterierna i förhållande till närståendevårdare granskas i två andra examensarbeten, skrivna av vårdstuderandena Anna Abrahamsson och Kristina Leppäkoski. Dessa tre arbeten görs parallellt inom forskningsprojektet SUFACARE och bildar förhoppningsvis till slut en helhet som ger en bred och djup inblick i närståendevårdarnas upplevelser av sin psykiska hälsa. De kriterier som granskas ingående i denna studie är *integration av individens psykiska krafter*, samt *adekvat verklighetsuppfattning*.

3.5.1 Integration av individens psykiska krafter

Begreppet integration syftar i detta fall på att individens psykiska processer bildar en helhet och stämmer överens med varandra. Vissa författare som använder begreppet

som ett kriterium på psykisk hälsa syftar på balansen mellan olika psykiska krafter, andra syftar på en enhetlig livsåskådning. En tredje grupp ser integration som förmågan att hantera påfrestningar. (Jahoda 1958:36) I de följande kapitlen beskrivs de olika perspektiven närmare. Utöver dem beskrivs Antonovskys teori om KASAM som beskriver en liknande integration som Jahoda med något annorlunda begrepp.

Balansen mellan psykiska krafter

Den psykoanalytiska traditionen som skriver om detta kriterium tar upp balansen antingen mellan id, ego och superego eller mellan det omedvetna, det förmedvetna och det medvetna. Tidiga psykoanalytiker såg fullständig egodominans som ett tecken på psykisk hälsa. Senare psykoanalytiker har däremot börjat betona vikten av en föränderlig balans mellan de tre krafterna. Hartmann beskriver rörligheten i balansen som det som skiljer den neurotiska människan från den psykiskt friska människan. I och med en föränderlig balans anpassar sig ego till id och superego och försöker inte förneka eller eliminera deras begär. (Jahoda 1958:37)

I Kubies beskrivning av balansen mellan det omedvetna, det förmedvetna och det medvetna återkommer kravet på en icke-statisk balans. Balansen bör enligt Kubie bestå av ett flexibelt förhållande mellan de tre där det omedvetna utgör en så liten del som möjligt. Han skriver om en ”kreativ allians” mellan det förmedvetna och det medvetna i vilken dessa inte ständigt förvrängs av eller tvingas blockera övervägande omedvetna krafter. (Jahoda 1958:38)

En enhetlig livsåskådning

Den enhetliga livsåskådningen betonas främst av de teoretiker som talar om integration på en kognitiv nivå. Allport ser den enhetliga livsåskådningen som något som ger individen en känsla av mening och samband i livet. Detta kan till exempel vara religion, estetik... Livsåskådningen får en tidsaspekt i och med att individen i enlighet med den ställer upp mål i framtiden som han sedan strävar till att uppfylla. Detta skiljer sig från vanlig motivation i och med att det är en del av individens livsfilosofi och därmed inte är lika lätttrubbad. (Jahoda 1958:39-40)

Förmågan att hantera påfrestningar

De teoretiker som ser integration som förmågan att hantera påfrestningar lyfter alla fram att med detta inte avses frånvaro av ångest. Snarare poängteras förmågan att hantera de ångestskapande situationerna. Ewalt beskriver det till exempel som individens förmåga att ”anpassa sig själv till ödets växlingar, att återhämta sig så att man finner nya vägar till tillfredsställelse eller subliminering efter nederlag...” (fritt översatt). (Jahoda 1958:42)

Allinsmith och Goethals i sin tur använder begreppet frustrationstolerans. Detta innebär att individen klarar av spänningar utan att drabbas av panik. Samma fenomen beskrivs av Glover med begreppet ångesttolerans. (Jahoda 1958:42)

Janis för begreppet ångesttolerans ett steg vidare. Förutom att klara av känslor av ångest bör den friska individen ha förmågan att producera förutspående ångestkänslor för att bättre hantera kommande påfrestningar, dvs. individen bör se vilka påfrestningar han kommer att uppleva och därmed ha bättre beredskap för att hantera dem. (Jahoda 1958:42-43)

Lazarus & Folkman (1984:118, 141-142) skriver om motsvarande fenomen under namnet *coping*. Lazarus skriver att coping uppstår endast i situationer där psykologisk stress är närvarande och resulterar i realistiska och flexibla handlingar och tankar som löser problem och därmed minskar på stressen. Coping definieras som ”ständigt föränderliga kognitiva och beteendemässiga ansträngningar för att hantera specifika yttre eller inre krav som är svåra eller som överskrider personens resurser” (fritt översatt, ursprungliga meningen: ”constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person”).

Antonovskys teori om KASAM

I slutet av 1970-talet vidareutvecklade Antonovsky teorin om salutogenesen, en teori som fokuserar på vilka faktorer som hjälper människan att vidmakthålla sin hälsa. Antonovsky utvecklade teorin genom att intervjua kvinnor som suttit i koncentrationsläger under andra världskriget. Han var förundrad över hur någon över huvudtaget kunde

upprätthålla en positiv psykisk hälsa trots de fasor man upplevt i lägren. Antonovskys svar på denna fråga var KASAM, *känsla av sammanhang* (på engelska SOC, *sense of coherence*). (Ashorn et.al. 2010:148,150)

KASAM består av tre centrala komponenter, nämligen *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet*. Begriplighet syftar på förståelsen för händelser i omgivningen; uppfattningen att dessa händelser är sammanhängande och strukturerade samt till en viss mån förutsägbara. Då händelser kommer som överraskningar innebär begripligheten att de ändå går att förklara. Begreppet begriplighet innebär en förståelse även för sådana händelser som inte är önskvärda (jfr Jahoda 1958:52). Komponenten hanterbarhet innebär uppfattningen om att man har de resurser som krävs för att möta och hantera de krav som ställs på en. Detta innebär att individen inte känner sig om ett offer för omständigheterna utan alltid ser möjligheten att själv kunna påverka sin situation. Meningsfullhet innebär förmågan att finna mening och intresse i olika aspekter av livet samt en känsla av att livet har en känslomässig innebörd och därmed är värt ett emotionellt engagemang. Denna komponent kallar Antonovsky även för ”motivationskomponenten”. (Antonovsky 1987:38-41)

Begreppet KASAM står alltså för en helhet som innfattar begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Denna helhet hjälper människan att hantera de påfrestningar och krav som livet utsätter en för. På detta sätt kan man undvika utvecklingen av stress som i sin tur orsakar psykisk ohälsa. (Ashorn et.al. 2010:150-151)

3.5.2 Adekvat verklighetsuppfattning

Ett annat kriterium för positiv psykisk hälsa är en adekvat verklighetsuppfattning. En adekvat verklighetsuppfattning innebär att individen varseblir det som verkligen ”finns där”. Problemet med detta kriterium är att det inte går att entydigt definiera vad som är ”korrekt” eller ”adekvat”. Individer kan tolka samma situation på olika sätt beroende på sina utgångslägen, vilken uppfattning är då den korrekta? Ur litteraturen har framstått två aspekter som specificerar kriteriet något: varseblivning som inte förvrängs av behov samt empati eller social känslighet. (Jahoda 1958:49-50)

Varseblivning som inte förvrängs av behov

På grund av problemen med att definiera vad en korrekt eller adekvat verklighetsuppfattning är har vissa teoretiker ersatt kriteriet med ett alternativt ”varseblivning som inte förvrängs av behov”. Detta kriterium innebär att den psykiskt friska individen kan se verkligheten som den är även om detta strider emot hans vilja, d.v.s. han kan acceptera att verkligheten inte alltid är sådan han vill att den ska vara. Därmed förvränger han inte heller verkligheten så att den bättre passar in på hans egna behov. En viktig delaspekt i detta kriterium är att den psykiskt friska individen testat hur verkligheten stämmer överens med de egna uppfattningarna och förväntningarna genom att finna bevis som antingen omkullkastar eller bestyrker dem. (Jahoda 1958:49-52)

Empati eller social känslighet

Empati som ett kriterium för psykisk hälsa innebär att individen ser andra människors själsliga liv som något viktigt och något som bör tas i beaktande och uppmärksammas. Detta innebär även att dra slutsatser om andra som inte är förvrängda. Empati beskrivs av Foote och Cattlell som förmågan att ”tolka andras attityder och avsikter på ett korrekt och exakt sätt genom att varsebli situationen ur andras synvinkel och därmed förutse deras beteende” (fritt översatt). (Jahoda 1958:52)

Holm använder sig av Barret-Lennards beskrivning av den empatiska processen som bestående av tre olika faser. Den första fasen, den *empatiska förståelsen*, innefattar uppfångandet och avläsandet av den andres känslor samt den intellektuella bearbetningen av dessa. Den andra fasen, det *empatiska beteendet*, innebär ett bemötande av den andra på basis av de uppfångade och bearbetade känslorna från den första fasen. Detta beteende innefattar inte endast verbal kommunikation utan alla handlingar som görs i situationen. Den tredje fasen, *valideringen*, innebär en utvärdering av det empatiska beteendet, dvs. hur den andre reagerar på det empatiska beteendet. Sådant som kan förhindra den empatiska processen är brister i den egna identitetsutvecklingen, omedvetna inre konflikter, bristande motivation samt omedvetenhet om känslomässiga signaler. (Holm 1987:102-106) Därmed poängterar även Holm att det krävs en viss nivå av psykisk hälsa hos en individ för att kunna gå in i en empatisk process.

3.6 Sammanfattning

Människans psykiska hälsa och psyke har beskrivits på olika sätt genom tiderna. Genom att göra en sammanfattning av tidigare litteratur gjorde Jahoda (1958:23) upp kriterier för positiv psykisk hälsa. På detta sätt skapade Jahoda en helhet som var mer omfattande än tidigare teorier varit skilt för sig. Jahodas teori är inte särskilt ny, men liknande tankegångar hittas även i nyare teorier vilket tyder på att innebörden i den fortfarande är lika relevant. Med detta faktum som stöd anser jag att Jahodas teori fortfarande är aktuell och att det är motiverat att använda Jahodas kriterier för positiv psykisk hälsa som teoretiskt perspektiv i studier även idag. Nedan görs en kort sammanfattning av de två kriterier som fungerar som teoretiskt perspektiv i denna studie.

Integration av individens psykiska krafter

Teoretiker som skrivit om integration har främst syftat på en av tre olika slags integration:

1. Balansen mellan psykiska krafter
2. En enhetlig livsåskådning
3. Förmågan att hantera påfrestningar

(Jahoda 1958:36)

Med psykiska krafter har teoretiker i detta avseende främst avsett ego, superego och id eller det medvetna, det förmedvetna och det omedvetna. Balansen mellan dessa bör hos individer med positiv psykisk hälsa vara föränderlig och flexibel. (Jahoda 1958:37-38) Flexibiliteten är ett viktigt element även i människans intellektuella dimension och kommer till uttryck i ett mångfacetterat sätt att tänka och lösa problem på. (Beck, Rawlins & Williams 1984:299-301)

Den enhetliga livsåskådningen skapar känslan av mening och samband i individens liv (Jahoda 1958:40). Livsåskådningen utgörs av ideal och värderingar enligt vilka individen väljer att leva sitt liv (Beck, Rawlins & Williams 1984:304).

Förmågan att hantera påfrestningar kan även beskrivas med begreppen *frustrationstolerans*, *ångesttolerans* (Jahoda 1958:42) eller *coping* (Lazarus & Folkman 1984:118,141-

142). Gemensamt för dessa begrepp är att de inte utesluter närvaron av ångest, utan snarare poängterar individens förmåga att bemästra olika ångestskapande situationer (Jahoda 1958:42). Flexibiliteten är ett viktigt element även i dessa då de innebär att individen anpassar sig till föränderliga situationer och kan leda till kreativ problemlösning (Lazarus & Folkman 1984:141-142). Antonovsky (1987:38-41) beskriver ett liknande fenomen med begreppet *hanterbarhet* och avser med detta en upplevelse hos individen att han kan möta och hantera krav som ställs på honom. Förmågan att hantera påfrestningar kommer även till uttryck i individens känsloliv. Genom att maximera sina positiva känslor och minimera de negativa lär sig individen att hantera och kontrollera sina känslor (Beck, Rawlins & Williams 1984:294).

Adekvat verklighetsuppfattning

Bland de teoretiker som skrivit om den adekvata verklighetsuppfattningen som ett kriterium för psykisk hälsa kan man åtskilja två olika aspekter på vad detta innebär:

1. Varseblivning som inte förvrängs av behov
2. Empati/ social känslighet

Varseblivning som inte förvrängs av behov innebär en förmåga att se verkligheten som den är, även om det som ses strider emot de egna idealen eller förväntningarna. En viktig delkomponent i detta kriterium är att den psykiskt friska individen testar verkligheten genom att söka bevis för sina uppfattningar. (Jahoda 1958:52) Antonovsky (1987:38-41) avser med begreppet begriplighet just en förståelse för händelser i omgivningen även då dessa inte är önskvärda.

Empati innebär en förmåga att ta andra människor i beaktande samt att kunna tolka situationer ur andras synvinkel (Jahoda 1958:52). Förståelsen för andra människor har sin grund i en känsla av andlig samhörighet med andra människor, d.v.s. att andra människors själsliv berör en på ett personligt plan. (Beck, Rawlins & Williams 1984:305)

4 TIDIGARE FORSKNING

Genom att göra en översikt av tidigare forskning på området ”närståendevårdare och psykisk hälsa” har jag skaffat mig en uppfattning om de rön som redan gjorts inom denna forskning. Utifrån detta har syftet i min studie så småningom utvecklats till att försöka komplettera den tillgängliga kunskapen och förhoppningsvis tillföra den något nytt. Brister i den tillgängliga kunskapen har jag funnit bl.a. i det låga antalet kvalitativa undersökningar som gjorts angående närståendevårdare i Finland. Det har gjorts många undersökningar med fokus på coping-metoder hos närståendevårdare vilket lett till insikten om att allt för stor fokus inte bör läggas på dessa i denna studie.

I följande kapitel beskrivs hur jag gått till väga då jag sökt och gallrat bland artiklar och forskningspublikationer. Därefter beskrivs de forskningar som jag valt att inkludera i denna studie i tur och ordning (se bilaga 1 för en översikt av forskningarna). Forskningarna har beskrivits gruppvis enligt de temata de behandlar. Till sist görs en sammanfattning för att få fram det mest väsentliga inom forskningen och samtidigt motiveras denna studies relevans.

4.1 Sökningar

Vid sökningen av tidigare forskningar användes databaserna Cinahl och Medic. Sökord som använts är next-of-kin caregiver, next-of-kin, family caregiv*, family care*, family care, informal care, care, omaishoi*, positive mental health, mental health, psyk*, coherence, sense of coherence, caregiver burden, flexibility, balance och coping. På grund av ett stort antal träffar begränsades sökningarna till endast ”fulltext”. För att därefter inkludera endast relevanta artiklar användes följande inklusionskriterier:

- artiklarna måste vara vetenskapliga
- artiklarna bör innehållsmässigt vara relevanta för denna studie
- artiklarna måste vara publicerade tidigast år 2000

Flera sökningar gjordes också med sökorden integration, perception of reality, reality-perception och empathy. Träffarna som dessa sökord gav var dock inte relevanta för denna studie då de t.ex. sällan var kopplade till den psykiska hälsan. Via databasen Me-

dic uppstod problem i att få upp ”full text”- artiklar och därmed blev de valda artiklarna enbart från databasen Cinahl.

Jag hade först tänkt inkludera endast artiklar om välfärdssamhällen, då resultaten från dessa vore mer jämförbara med situationen i Finland. Jag insåg dock att relevansen i studier om andra sorters samhällen i vissa fall var så pass stark att jag inkluderade även dessa.

Sökningarna beskrivs närmare i tabell 1.

Tabell 1. Sökningar

Databas	Sökord	Träffar	Inkluderade
Cinahl	Family care*, positive mental health	2	2
Cinahl	Family caregiv*, coherence	13	1
Cinahl	Informal care, caregiver burden	89	1
Cinahl	Flexibility, family car*	12	1
Cinahl	Flexibility, mental health	25	1
Cinahl	Coping, mental health, family care*	29	2

4.2 Forskningar

4.2.1 Upplevd börda och depression hos närståendevårdare

Majerovitz S.D. (2007) undersökte vilka faktorer som kunde associeras med en högre nivå av upplevd börda och depression hos närståendevårdare till patienter på vårdhem. Studien var kvantitativ och gjordes i form av strukturerade intervjuer med sammanlagt 103 närståendevårdare. Med ”upplevd börda” avses i studien de negativa känslor som associeras med stressen av att vårda. De närståendevårdare som upplevde att vårdandet var en stor börda visade sig ofta ha en sämre fysisk hälsa än de andra. De upplevde sig inte få tillräckligt med stöd från omgivningen vilket ökade den upplevda bördan. Tidsmängden som man satt på vårdandet var inte en betydande faktor för den upplevda bördan. Depression uppkom främst hos de närståendevårdare som hade en dålig inkomst och en dålig fysisk hälsa. Då patienten togs in på vårdhem försvann dessutom inte den emotionella stressen utan ändrade snarare karaktär och kom mer att omfatta missnöje med vården och vårdpersonalen.

Andren, S. & Elmstahl S. (2008) behandlar även den upplevda bördan hos närståendevårdare. Målet med forskningen var att undersöka sambandet mellan börda, upplevd hälsa, och känsla av sammanhang hos närståendevårdare till dementa patienter. Forskningen var kvantitativ och en enkät besvarades av 130 närståendevårdare. Man fann att det fanns ett starkt samband mellan upplevd börda (framför allt isolering, besvikelse, emotionellt engagemang) och upplevd hälsa och känsla av sammanhang.

4.2.2 Copingmetoder och avlastande vård

Flera forskningar har undersökt vilka copingmetoder närståendevårdarna har använt sig av för att klara av sin situation samt vilket stöd de får eller önskar få från omgivningen och av den avlastande vården.

Gottlieb B.H. & Rooney J.A. publicerade 2004 en forskning med syftet att undersöka sambandet mellan närståendevårdares upplevelser av copingmetoders effektivitet och deras känsloläge och mentala hälsa. Forskningen var kvantitativ och genomfördes som strukturerade intervjuer av 141 närståendevårdare till dementa patienter. Närståendevård-

dare visade sig uppleva att olika copingmetoders inverkan på känsloläget och den mentala hälsan inte var beroende på vilken copingmetod som användes, utan snarare vilken inställning man hade till hela vårdsituationen. De närståendevårdare som hade en optimistisk inställning upplevde sig ha en positiv mental hälsa och ett positivt känsloläge. Optimismen sågs därmed som en viktigare faktor än själva copingmetoderna.

Salin S., Kaunonen M. & Astedt-Kurki P. (2009) hade i sin undersökning som syfte att beskriva närståendevårdares coping-strategier samt deras upplevelser av avlastningsvård. Undersökningen var kvantitativ och bestod av strukturerade enkäter som fylldes i av 143 närståendevårdare som använde sig av avlastande vårdservice. Den vanligaste copingmetoden som användes av närståendevårdarna var problemlösning. Detta innebar att fastställa prioriteringar och koncentrera sig på dem, att lita på sig själv och sitt kunskande samt att ändra på den fysiska miljön i hemmet. Många nämnde även optimism som en betydelsefull drivkraft i vårdandet. Ett sätt att klara av sina upplevelser på, var för många att ta en dag i sänder. Många av närståendevårdarna såg den avlastande vården som ett slags stresshantering, det var då man fick tänka på annat och få tid för sig själv. Trots det önskade många att de fått mera information och stöd av avlastningsvården.

I sin forskning undersökte Yun-Hee et.al. (2006) i vilken mån äldre närståendevårdare till mentalt sjuka personer hade behov av, tillgång till och användning av avlastningsvård. Forskningen var kvalitativ och gjordes med hjälp av halvstrukturerade intervjuer, enkäter samt fältanteckningar. Samplet bestod av 26 mentalvårdsprofessionella, 21 närståendevårdare över 55-år samt 25 professionella inom avlastningsvården. Resultatet visar att de närståendevårdare som hade tillgång till avlastningsvård och som under den perioden fick tid för sig själva hade positiva upplevelser och ansåg att perioden hjälpte både den vårdbehövande samt vårdgivaren att anpassa sig. Det fanns dock flera fall där avlastningsvårdens tillgänglighet var begränsad, antingen på grund av vårdpersonalens bristande kunskaper om avlastningsvård, närståendevårdarens negativa inställning till avlastningsvård eller på grund av att vårdbehövanden själv var motvillig till att institutionaliseras. Det visade sig även att alla grupperna främst fokuserade på avlastningsvårdens inverkan på vårdbehövanden och inte så mycket på närståendevårdaren.

Herrera et.al. (2009) undersökte ifall olika slags religiösa och spirituella coping-metoder hade inverkan på den mentala hälsan hos latinamerikanska närståendevårdare till personer med långvariga handikapp. Forskningen var kvantitativ och utfördes genom strukturerade intervjuer med 66 närståendevårdare inom den latinamerikanske populationen. Forskningens resultat visar att religiös coping kan ha både en positiv och en negativ inverkan på den mentala hälsan. Det visade sig att religiositet som utövades tillsammans med andra, t.ex. att gå i kyrkan, hade en positiv inverkan på den mentala hälsan. Man såg inte samma inverkan av religion som utövades individuellt, som genom t.ex. bibelläsning eller bön.

4.2.3 Flexibilitet och balans

Man (2002) hade i forskningen *"Family caregivers' reactions and coping for persons with brain injury"* som syfte att kvalitativt undersöka vilken inverkan en hjärnskada har på hela familjen samt vilka faktorer som kan leda till en positiv coping i familjen. En sammanställning gjordes även av de copingmetoder som familjerna använde sig av. Forskningen gjordes genom att intervjua 50 familjemedlemmar till personer med hjärnskada. Resultatet av forskningen visar att de flesta familjemedlemmarna inledningsvis reagerade på hjärnskadan med chock och sorg. Med tiden utvecklade de olika metoder för att bättre hantera situationen. Dylika faktorer var en positiv syn på framtiden, stark motivation, en vilja att ha kontroll över situationen samt att flexibelt kunna förändra sina målsättningar enligt de nya behov som uppstått i familjen.

Fledderus et.al. publicerade 2010 en forskning som hade syftet att se ifall man med en intervention kunde öka den psykiska flexibiliteten och därmed även åstadkomma en högre nivå av positiv psykisk hälsa. I forskningen deltog 93 personer av vilka 49 sattes i interventionsgruppen och 44 sattes i en kontrollgrupp. Resultatet för studien visar att interventionen som bestod av två olika terapiformer ökade på den psykiska flexibiliteten och att de individer som fick delta i interventionen upplevde sig få en bättre psykisk hälsa. Därmed kunde man konstatera ett samband mellan psykisk flexibilitet och positiv psykisk hälsa.

4.3 Sammanfattning

Så som tidigare nämnts finns det stora utmaningar inom närståendevården idag. Det finns forskning som tyder på att närståendevårdare har en större risk för att utveckla depression och uppleva större börda än andra människor. De närståendevårdare som dessutom har en låg inkomst och dålig fysisk hälsa är i en ännu större risksituation (Majero-vitz S.D. 2007). Uppfattningen av verkligheten (se Jahoda 1958:49-50) kan tänkas bli rubbad hos individer som lider av depression och vars tillvaro präglas av en stor upplevelse av börda. Det kan då vara svårt att se de positiva aspekter som finns i de flestas liv.

Trots de påfrestningar som närståendevårdarrollen utsätter individen för, lär sig de flesta närståendevårdarna att med tiden hantera sin situation (Man 2002). Detta kan ske antingen med hjälp av copingmetoder eller yttre stöd. Problemlösning är en vanlig copingmetod hos närståendevårdare och går ut på att bl.a. fastställa prioriteringar, att lita på sig själv samt att ändra på den fysiska miljön (Salin, S. ; Kaunonen, M. & Astedt-Kurki P. 2009). Flera forskningar tyder dock på att det inte är specifika copingmetoder som är mest betydelsefulla för närståendevårdarnas psykiska hälsa, utan snarare vilken inställning de har till sin situation. Optimism kan ses som en betydelsefull drivkraft i vårdandet (Salin, S. ; Kaunonen, M. & Astedt-Kurki P. 2009) och kan leda till en positiv psykisk hälsa och ett positivt känsloläge (Gottlieb B.H. & Rooney J.A. 2004). Psykisk flexibilitet är en annan faktor som har en positiv inverkan på den psykiska hälsan hos närståendevårdarna (Fledderus et.al. 2010, Man 2002). De ovan nämnda forskningarna tyder på att närståendevårdarna upplever någon form av *integration* (se Jahoda 1958:36) med delaspekterna balans, flexibilitet, livsåskådning samt förmågan att hantera påfrestningar. Detta innebär att närståendevårdarna trots stora påfrestningar har stora resurser inom sig.

Det stöd närståendevårdarna får utifrån betonas även som en viktig resurs i flera forskningar. Avlastningsvården kan fungera som en betydelsefull stödfaktor. Närståendevårdare med tillgång till avlastningsvård upplever den ofta som positiv (Yun-Hee et.al. 2006) och ser den som ett slags stresshantering (Salin, S. ; Kaunonen, M. & Astedt-Kurki P. 2009). Problemet med avlastningsvården är dess bristande tillgänglighet för alla närståendevårdare samt att fokus i denna ofta ligger på den vårdbehövande, inte

vårdgivaren (Yun-Hee et.al. 2006). Stödet från omgivningen kan minska på den upplevda bördan hos närståendevårdarna (Majerovitz S.D. 2007).

Trots de svårigheter som närståendevårdarna står inför, finns det mycket inom den tidigare forskningen som tyder på vilka resurser de har. Vårdpersonal som med tiden i allt större utsträckning kommer att samarbeta med närståendevårdarna bör ta fasta på dessa resurser och stöda dem så att närståendevårdarna orkar i sin vårdarroll. Jag hoppas att genom denna studie kunna tydliggöra vilka resurser som finns bland de finländska närståendevårdarna för att åtminstone i mitt eget yrkesliv kunna fungera som ett kompletterande stöd till dem. Förhoppningsvis kan även andra sjuksköterskor ha nytta av den kunskapen.

5 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Ur de tidigare kapitlen kan utläsas att närståendevård är ett väldigt aktuellt ämne. Då allt fler finländare oundvikligen kommer att hamna i en närståendevårdarrelation, antingen som närståendevårdare eller som vårdbehövande, bör större fokus läggas på närståendevårdarnas ork och hälsa för att därmed uppnå hållbara vårdrelationer. Syftet med denna studie är att undersöka **ifall närståendevårdare upplever sig ha psykisk hälsa enligt två av Jahodas kriterier för positiv psykisk hälsa, nämligen *integration* och *adekvat verklighetsuppfattning***. Fokuseringen på endast två kriterier kan verka något snäv, men begränsningen har gjorts medvetet för att möjliggöra en fördjupning i kriterierna.

Den övergripande frågeställningen för studien är: **Upplever närståendevårdare att de har en positiv psykisk hälsa?**

Denna övergripande frågeställning kan uppdelas enligt följande:

1. Upplever närståendevårdarna att de har flexibla och balanserade liv?
2. Vilka värden och värderingar ger en positiv kraft i vårdandet?
3. Vilken roll spelar empatin i vårdrelationen?
4. Accepterar närståendevårdarna sin vårdarroll med allt det goda och det negativa som den bär med sig?

5. I hurdana situationer uppstår ångest och stress hos närståendevårdarna och hur bearbetas och hanteras dessa?
6. Inom vilka områden skulle närståendevårdarna behöva mer hjälp och stöd?

Formuleringen av frågeställningarna har gjorts utgående från den teoretiska referensramen. På detta sätt fungerar de som vägledare för skribenten för att det formulerade syftet med studien skall uppnås.

6 DATAINSAMLINGSMETOD OCH ANALYSMETOD

Denna studie kommer att genomföras med kvalitativ metod. Den kvalitativa metoden kändes som ett naturligt val för att kunna uppnå syftet med studien. Intresset ligger nämligen i att få en djupare förståelse för människors upplevelser och tolkningar av sin egen situation (Jacobsen 2007:56), i detta fall närståendevårdarnas egna upplevelser. Insamlingen av data sker i studien genom temaintervjuer. Temaintervjuer beskrivs på ett allmänt plan i följande kapitel, i därpå följande kapitel redovisas hur skribenten i denna studie gått till väga vid utvecklandet av temaguiden och intervjuguiden.

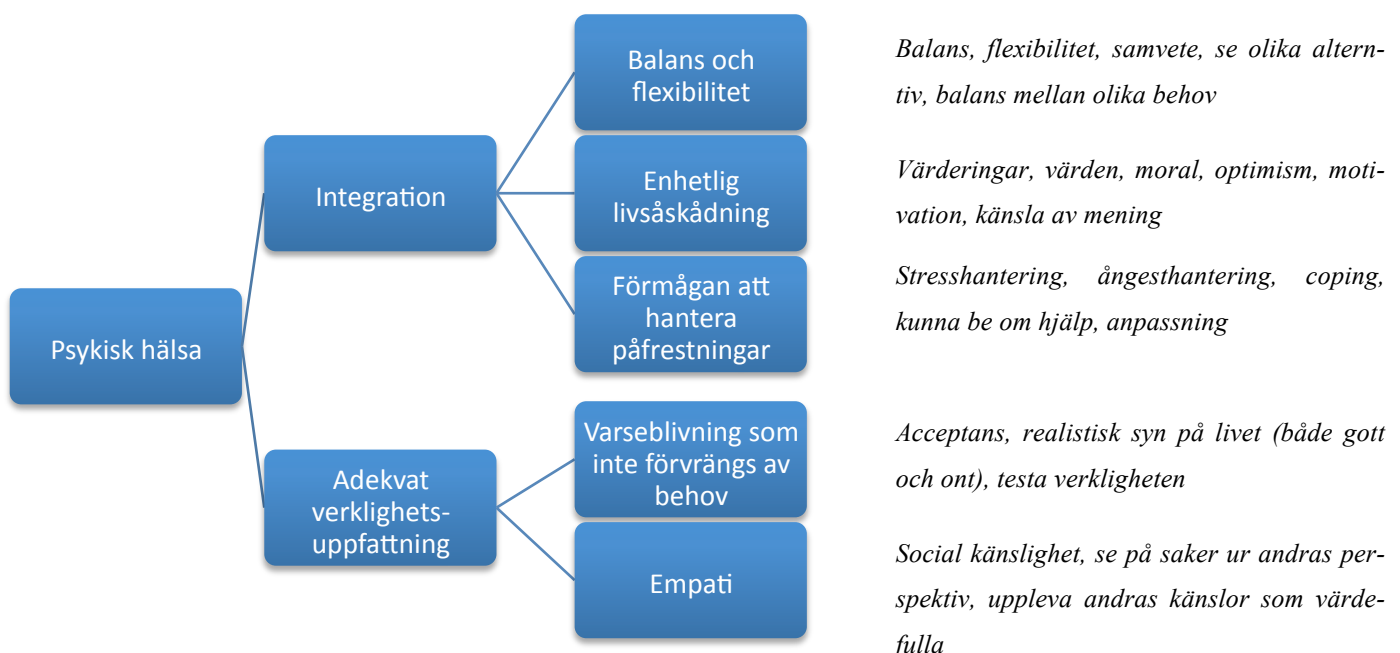
6.1 Temaintervju

Intervjun lämpar sig väl som datainsamlingsmetod i studier där ”relativt få enheter undersöks [...] när man är intresserad av vad människor *säger* [...] och när man är intresserad av hur människor tolkar och förstår ett visst fenomen” (Jacobsen 2007:93). I denna studie uppfylls alla ovan nämnda kriterier, vilket innebär att intervjun lämpar sig väl för att uppnå syftet med studien.

En temaintervju är till karaktären halvstrukturerad (Eriksson 1992:277, Kvale&Brinkmann 2009:146). Detta innebär att intervjuaren innan intervjun skriver en *intervjuguide* (Kvale&Brinkmann 2009:146) eller *temaguide* (Eriksson 1997:277). Denna guide innehåller de temata som ska behandlas under intervjun. Utöver övergripande temata kan guiden även innehålla förslag till frågor som ska ställas informanten. Intervjuaren får själv bedöma hur strikt guiden efterföljs under intervjun, t.ex. ifall frågorna bör

ställas i en viss ordning eller om man flexibelt kan röra sig mellan de olika temata. (Kvale&Brinkmann 2009:146)

Då man gör upp temaguiden fungerar studiens teoretiska perspektiv, syfte och frågeställningar som riktgivare. På basis av dessa görs huvudtemaområdena upp och nyckelord som hör till dem skrivs ner. (Eriksson 1992:278) De teman som skulle behandlas under intervjuerna i denna studie kändes ganska naturliga med tanke på att det teoretiska perspektivet redan var uppdelat i tydliga delområden. Huvudtemat *psykisk hälsa* kunde delas in i 2 övergripande temata *integration* och *adekvat verklighetsuppfattning*. *Integration* delades därefter upp i temata *balans och flexibilitet*, *enhetlig livsåskådning* samt *förmågan att hantera påfrestningar* och *adekvat verklighetsuppfattning* delades upp i temata *varseblivning som inte förvrängs av behov* samt *empati*. Figuren nedan belyser denna uppdelning samt tar upp olika nyckelord för varje enskilt tema. Nyckelorden fungerar vägledande under intervjuerna och hjälper därmed intervjuaren att hålla den röda tråden.



Figur 1: Temaguide

Utöver de teman som behandlas i figuren ovan som härstammar från det teoretiska perspektivet utvecklades på basis av en central frågeställning för studien även ett särstående tema, nämligen *behov av stöd och hjälp*.

Med tanke på att vårdstuderandena Anna Abrahamsson och Kristina Leppäkoski även skulle göra intervjustudier med närståendevårdare angående deras psykiska hälsa bestämde vi oss för att samarbeta med intervjuerna. Detta både för att ge oss mera material och för att bespara närståendevårdarna besväret och påfrestningen att delta i flera intervjuer. Då allas teoretiska perspektiv utgjordes av olika Jahodas kriterier för positiv psykisk hälsa kändes detta även som ett naturligt tillvägagångssätt. Efter att alla först skilt för sig gjort sina temaguides, träffades vi och gjorde en sammanställning av dessa. Var och en av oss skulle alltså under våra intervjuer använda den gemensamma temaguiden och därmed även ställa frågor angående de andras teman. På detta sätt skulle vi få svar för våra egna studier även av de andras informanter. Var och en av oss skulle intervjua två närståendevårdare så sammanlagt hade vi sex stycken informanter.

6.2 Innehållsanalys

Metoden som används för databearbetningen i studien är innehållsanalys. Utgångspunkten i innehållsanalysen är att texten tolkas som ”upplysningar om faktiska (om än subjektiva) förhållanden” (Jacobsen 2007:139). En innehållsanalys består oftast av följande faser:

1. kategorisering, alltså att dela upp texten i ett antal teman eller problemställningar
2. fylla kategorierna med innehåll, illustrera dem med hjälp av citat
3. räkna hur ofta ett tema eller en problemställning nämns
4. jämföra intervjuer/observationer och söka efter skillnader och likheter
5. söka förklaringar till skillnader

(Jacobsen 2007:139)

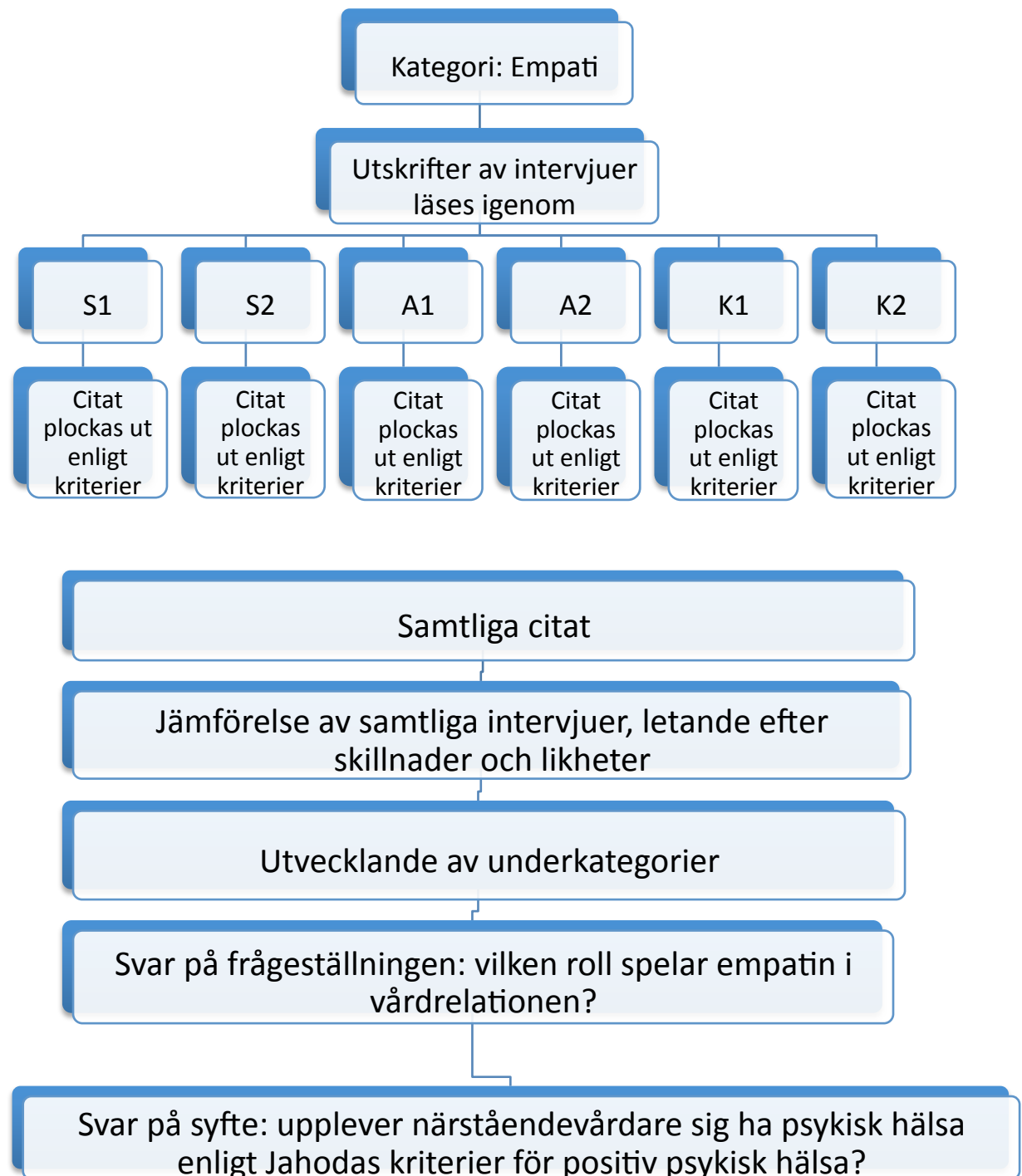
I denna studie görs innehållsanalysen främst enligt de två första faserna.

Kategoriseringen innebär en sorts förenkling av texten. Texten i sig är ofta väldigt mångfacetterad, men i och med kategoriseringen letar man efter centrala teman och fenomen i texten. Man kan även tala om att man gör en *abstraktion* av data, nämligen att man förändrar specifika utsagor till mer generella termer som därmed går bättre att jämföra. (Jacobsen 2007:139-140)

Den andra fasen innebär att i texten hitta citat som visar vad informanten sagt om en viss kategori. Detta skapar en större trovärdighet för kategorierna och gör dem mer nyanserade. (Jacobsen 2007:142)

Ansatsen som används i denna studies innehållsanalys är deduktiv. En deduktiv ansats innebär att man går från teori till empiri (Jacobsen 2007:53). I en deduktiv innehållsanalys är kategorierna färdigt utvecklade utgående från teorin (Kvale&Brinkmann 2009:219). Denna process beskrivs i följande kapitel.

Figuren på följande sida visar hur processen gått till vid innehållsanalysen och tar som exempel arbetet med en av kategorierna. Denna process utgår från Jacobsens (2007:139) faser för innehållsanalysen. Intervjuerna har getts namnen S1, S2, A1... enligt vem intervjuaren är, Sara, Kristina eller Anna samt beroende på i vilken ordning de utfördes.



Figur 2: Innehållsanalysen som process

7 ETISKA REFLEKTIONER

Inom varje studie bör skribenten överväga vilka etiska riktlinjer som ska styra studieprocessen. Så som den övriga humanvetenskapliga forskningen, har vårdforskningen egenheten att ha människan som forskningsobjekt (Eriksson 1992:20). Därmed får forskningsetiken en särskilt betydande roll inom denna typ av forskning.

De etiska riktlinjerna inom vårdforskningen är en kombination av de etiska riktlinjerna för vårdaryrket och för den humanvetenskapliga forskningen. De av ICN (2006) utsatta fyra etiska grundpelarna för sjukskötare, *att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa, och att lindra lidande* bör alltså uppfyllas även inom vårdforskningen.

Jacobsen (2009:21) lyfter fram tre huvudsakliga etiska krav som kan ställas på all forskning, nämligen ”krav på informerat samtycke, krav på skydd av privatlivet och krav på att bli korrekt återgiven”. Kravet på informerat samtycke innebär att deltagandet i forskningen är *frivilligt* samt att informanten är kompetent att själv bestämma om sitt deltagande (Jacobsen 2009:22). Till det informerade samtycket hör även att informanten fått *tillräckligt med information* om studien, samt om vad deltagandet i praktiken innebär (Kvale&Brinkmann 2007:87). Utöver att tillräcklig information om studien och deltagandet getts, bör informanten även ha förstått informationen (Jacobsen 2009:23). I denna studie har informanterna getts information både muntligt och skriftligt och de har alla fyllt i en blankett om informerat samtycke (se bilaga 2) så att detta krav ska uppfyllas. Skyddet av privatlivet sker genom att garantera informanternas *anonymitet*, all identifierbar information bör alltså lämnas bort. Informanten bör även innan intervjun veta vem som har tillgång till materialet samt hur det kommer att förvaras. (Kvale&Brinkmann 2007:88) I resultatpresentationen i denna studie uppges varken informanternas namn eller annan identifierbar information. De inspelade intervjuerna, samt de utskrivna intervjuerna, förvaras i Arcada oåtkomligt för utomstående. En korrekt presentation av data innebär att i mån av möjlighet ”återge resultat på ett fullständigt sätt och placera dem in i sitt sammanhang” (Jacobsen 2009:26). Trots att resultatet inte alltid kan återges fullständigt bör det åtminstone inte användas utanför sitt sammanhang i annat avseende än det informanten ursprungligen avsett. Till kravet om korrekt återgivning innebär även principen att *inte förfälska* sitt resultat. *Öppenhet* är en annan viktig

princip och innebär att man noggrant redogör för varje steg och alla val man gjort under forskningsprocessen. (Jacobsen 2009:27)

Utöver Jacobsens tre etiska krav på forskning kan man ännu lyfta fram ett fjärde, nämligen kraven på *att inte skada* (Eriksson 1992:21) och *konsekvenser* (Kvale&Brinkmann 2007:89). Detta innebär att inte förorsaka onödigt lidande för informanten (Eriksson 1992:21). Kvale & Brinkmann (2007:89) lyfter dock fram det utilitaristiska perspektivet att forskaren bör överväga ifall summan av de positiva konsekvenserna är större än de negativa konsekvenserna. Är kunskapen som vinnns så viktig att den överväger risken att informanten lider skada?

Även om man i början av en studie tänkt igenom vilka etiska riktlinjer som ska följas så uppstår det alltid oväntade situationer under studiens gång. Dessa innebär att de etiska riktlinjerna inte är statiska, utan omprövas i och med den föränderliga situationen. Principen om informerat samtycke är t.ex. inte så självklar som den till en början verkar. Kvale&Brinkmann (2007:87) lyfter fram exemplet om att informationen som ges informanterna om studien innebär att balansera mellan *för mycket* och *för lite* information. I vissa fall kan en allt för detaljerad information innan en intervju styra informanten bort från sina spontana åsikter. I dylika fall bör på förhand övervägas vad som är tillräcklig information. Kravet på konfidens kan även ifrågasättas ifall forskaren t.ex. fått kännedom om brott som begåtts av informanten. Just på grund av dessa gråzoner kan man se på de etiska riktlinjerna som ”problemområden som man ständigt bör uppmärksamma och reflektera över” (Kvale&Brinkmann 2007:85).

Jag förbinder mig till att i denna studie enligt bästa förmåga följa de etiska riktlinjer som är presenterade ovan samt att i varje fas av studien reflektera över och uppmärksamma de etiska problem som eventuellt uppstår. Genom att tydligt redogöra för alla val som gjorts strävar jag till en hög grad av öppenhet i studien så att läsaren kan följa med vilka tankegångar som styrt processen.

8 STUDIENS GENOMFÖRANDE

8.1 Sampel

Samplet för denna studie utgörs av sex stycken närståendevårdare. Närståendevårdarna hade tidigare deltagit i SUFACARE-projektets enkätstudie och där anmält sitt intresse för att även delta i vidare studier inom projektet. Informanterna var i åldern 65+ och bestod av fyra kvinnor och två män. Männen var närståendevårdare till sina hustrur, tre av kvinnorna till sina män och en av kvinnorna till sin mamma. En av informanternas närstående hade avlidit nyligen, men informanten ville ändå delta i studien. Samtliga informanter bodde i Helsingfors.

8.2 Förberedelser inför intervjuerna

Innan intervjuerna träffades jag, Kristina Leppäkoski och Anna Abrahamsson för att diskutera intervjuerna. Utöver sammanställningen av den gemensamma intervjuguiden som nämndes tidigare testade vi bandspelarna för att inte stöta på oväntade tekniska problem i själva intervjusituationerna. Vi testade att prata med olika volym, på olika avstånd från bandspelaren för att säkerställa att det insamlade materialet skulle gå att transkribera och vara av hög kvalitet.

Informanterna kontaktades per telefon. Under telefonsamtalet informerades de om studiens syfte, deltagandets konkreta innebörd, den garanterade konfidentialiteten samt om deltagandets frivillighet. Informanterna fick själva bestämma tid och plats för intervjuerna.

8.3 Intervjusituationen

Samtliga närståendevårdare intervjuades i sina hem. Intervjuerna räckte mellan 45min och 1h50min. Innan intervjuerna påmindes informanterna om deltagandets frivillighet samt om möjligheten att avbryta sitt deltagande när som helst, därefter skrev alla informanter under en blankett om informerat samtycke (se bilaga 2). Alla intervjuerna bandades in på bandspelare.

8.4 Material

Materialet som analyserades utgjordes av utskrifter från samtliga sex intervjuer. Utskrifterna blev sammanlagt 58 datorskrivna sidor med fonten Times New Roman, fontstorlek 12 och radavstånd 1,5. Av dessa 58 sidor behandlade ungefär 35 sidor de frågor som berörde denna studie så det var i första hand dessa sidor som analyserades.

9 RESULTATREDOVISNING

I detta kapitel presenteras resultatet av innehållsanalysen. I och med att ansatsen för innehållsanalysen är deduktiv utformades kategorierna på basis av det teoretiska perspektivet. Kategorierna följer samma uppdelning som temaguiden för intervjuerna (se figur 1, s.31). På basis av en central frågeställning för studien utvecklades en sju kategori, *behov av hjälp och stöd*. I analysen fanns även en öppen kategori som senare benämndes *risk för psykisk ohälsa*.

Citat plockades in i de färdiga kategorierna enligt kriterier som formulerats i enlighet med det teoretiska perspektivet. Efter att citat plockats in i de färdiga kategorierna gjordes grupperingar av citat som stämde överens med varandra. Dessa grupperingar kom att utgöra underkategorierna i studien. För de sju färdiga kategorierna skapades 23 underkategorier. Alla underkategorier presenteras nedan. Därefter beskrivs mer utförligt resultatet för varje kategori.

Överkategori	Kategori	Underkategorier
INTEGRATION	1. Balans och flexibilitet	Motvikt till vårdandet Balans mellan olika behov Tilltro till framtiden
	2. Enhetlig livsåskådning	Ansvarskänsla Tillgivenhet Familj och gemenskap Religiösa tankegångar

3. Förmågan att hantera påfrestningar	Växa till uppgiften Förutspående ångest Att be om hjälp och stöd Ta kontroll Problemlösning och prioritering
---------------------------------------	---

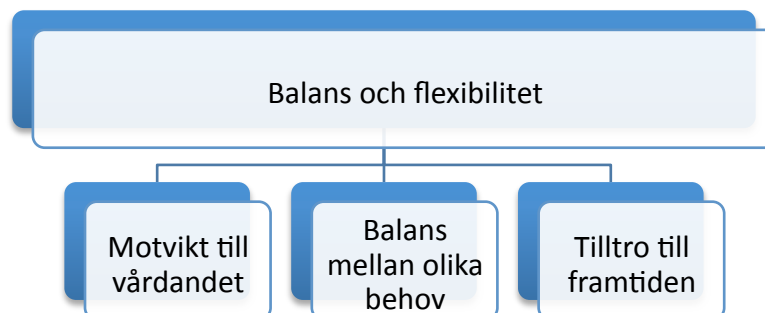
ADEKVAT VERKLIGHETSUPPFATTNING

4. Varseblivning som inte förvrängs av behov	Tacksamhet Livets gång
5. Empati	Ta i beaktande Medkänsla
6. BEHOV AV HJÄLP OCH STÖD	Emotionellt stöd Information Avlastning Bemötande
7. RISK FÖR PSYKISK OHÄLSA	Känsla av bundenhet Lämnad ensam åt sitt öde Stress och samvetsqual

9.1 Integration

9.1.1 Balans och flexibilitet

Citat som plockades in i denna kategori hittades i fem av intervjuerna. I analysen utplockades 34 citat (se bilaga 3) som bildade följande underkategorier:



Figur 3: Balans och flexibilitet

Genom att ägna sig åt annat än vårdandet samt genom att ibland ha tid för sig själv upplevde flera informanter att de fick en viss balans i vardagen. Genom att hitta en motvikt till vårdandet orkade man sedan bättre med sin vårdarroll. Motvikten kunde till exempel hittas i olika fritidsintressen.

Om man nu tänker på vad som kan vara bra så det där att ha en egen hobby som är nånstans alldeles på något annat håll. Som ger en helt andra kvaliteter och impulser. Det tror jag är jätte viktigt!

Motvikten till vårdandet kunde även hittas genom konstnärliga upplevelser, trädgårdsarbete samt genom att vara i naturen. Utöver fritidssysselsättningar lyftes betydelsen av vila och avkoppling upp i några intervjuer. En god nattsömn upplevdes av dessa som den viktigaste formen av vila, men även motion och meditation togs upp som betydelsefulla sätt att koppla av på.

Trots att vårdandet i flera intervjuer framstod som tidskrävande uttryckte flera informanter att de hittat en balans i att tillfredsställa både den vårdbehövandes behov samt sina egna. De upplevde inte att den vårdbehövandes behov alltid gick före, men insåg att det från båda hållen alltid måste göras kompromisser för att samlevnaden skulle fungera.

Men när det gäller större saker så kanske hon dels får ge efter och tillsvidare har hon gjort det utan att motsäga det alltför mycket. (...) Och sen får man ge efter lite i vissa saker.

I och med att man levt tillsammans med den vårdbehövande så pass länge så hade de olika behoven i vissa fall utvecklats i samklang med varandra och var inte längre motstridiga. En informant berättade även att de egna behoven till och med minskat i och med att hennes man blev sjuk, hans behov hade blivit viktigare. En informant upplevde att ett visst ansvar även låg på den vårdbehövande och att balansen inte berodde enbart på honom:

Så har jag hjälp av henne (nickar mot frun), nog vet hon att det gäller för henne också att kämpa för att klara sig liksom. Lika mycket som för mig.

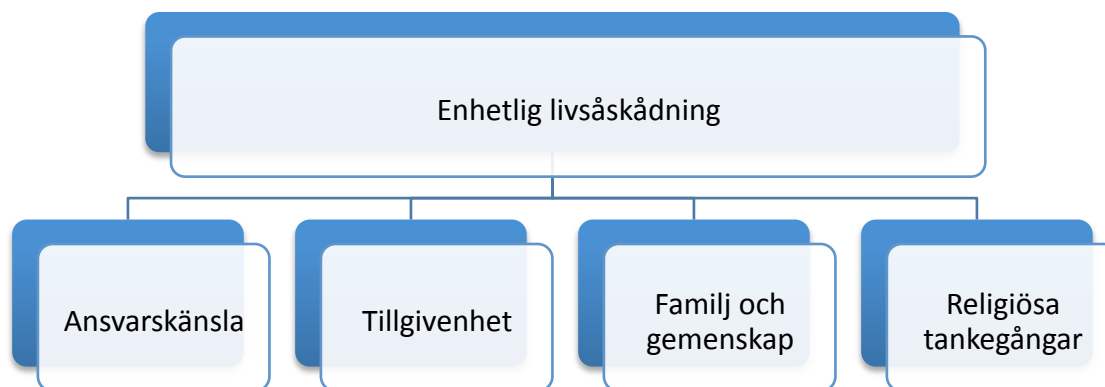
En upplevelse av tro på framtiden kom till uttryck i flertalet intervjuer. Denna tilltro motiverades i flera fall med att ”det nog gått hittills också”. I och med att man klarat av tidigare utmaningar ansåg man sig ha en viss kontroll även över det som var på kommande. Det svåra och tunga i livet ansågs heller inte vara allt för överväldigande då det oftast var övergående.

Tills vidare har vi klarat oss skulle jag säga ganska bra, men nog kanske det skär sig ibland, att vi har lite olika meningar och då kan det bli lite downperioder. Men tills vidare har det gått tillbaka.

Denna tro på framtiden var inte något som styrde informanterna i deras handlande utan verkade snarare ge dem en känsla av att ha en viss balans i sina liv, att ödets nycker inte kunde rubba deras tillvaro allt för lätt.

9.1.2 Enhetlig livsåskådning

I samtliga intervjuer hittades något uttryck för sådant som informanten upplevde att styrde de egna handlingarna och tankarna. I vissa fall var det grundläggande värderingar som var närvarande på alla livsområden, i andra fall var det motivationsfaktorer som syntes kanske främst i vårdandet. Antalet citat som valdes i analysen var 23 (se bilaga 4) och resulterade i fyra underkategorier som kan ses i figuren på nästa sida.



Figur 4: Enhetlig livsåskådning

En känsla av ansvar för sin nästa genomsyrade flera uttalanden i intervjuerna. Denna ansvarskänsla var en betydande motivationsfaktor i vårdandet. Informanterna uttalade sig om självklarheten i att ta hand om sina närstående när de behöver hjälp, det var inget att ifrågasätta.

När partnern blir sjuk så tar man ju hand om dom. (...) Så det var liksom inget svårt beslut på något sätt.

Denna ansvarskänsla beskrevs av informanterna med begrepp som ”plikt” och ”att stå upp”, grundtanken tycktes dock vara den samma, nämligen att man som medmänniska har ett visst ansvar över dem som är svaga. En informant pratade även om att det i hennes familj fanns en tradition om att ta hand om varandra. Andra pratade om ansvaret som hör äktenskapet till och upplevde att detta fanns kvar trots att kärleken och relationen förändrades. En uttryckte detta ansvar skämtsamt:

När vi gifte oss så kom vi överens om en sak och det är att vi delar jobbet så där 50/50. Hon gör maten och jag gör skattedeklarationen.

En vilja att vårda sin närstående verkade i flera fall bottna i relationen man hade till denna, en relation som funnits till långt innan vårdrelationen inletts. Därmed präglades vårdrelationen ofta av de känslor man haft för sin närstående tidigare i livet, nämligen kärlek och tillgivenhet.

...så uppriktigt så tycker jag VÄLDIGT mycket om min mamma att vi har alltid haft ett väldigt gott förhållande och hon har gjort väldigt mycket för mig.

En informant uppgav just kärleken som en verklig kraftkälla i hennes liv.

Kärlek så om man har det, så gör man ju vad som helst, springer fast världen runt om det är det som behövs.

Ord som informanterna använde för att beskriva sin relation till den vårdbehövande var gemenskap, vänskap, ”ha en tiliik”, gott sällskap och förtroende. De känslor som informanterna uttryckte för sina närstående verkade fungera som en väldigt grundläggande motivationsfaktor både i vårdandet och i den övriga tillvaron. Dessa känslor gick förbi känslan av plikt, ansvar och ”vad man borde” och var snarare uttryck för vad informanterna verkligen ”ville” göra.

Hälften av informanterna lyfte fram andra människor som det allra viktigaste i deras liv. Det var främst den närmaste familjen, barnen och föräldrarna som räknades in i denna grupp människor. Det upplevdes även som viktigt att de mådde bra och klarade sig.

...min familj att dom har hälsa och att dom mår bra och det där att min mamma mår någorlunda bra...

En informant uttryckte ”närvaron” och att ”vara tillsammans med folk” som det allra viktigaste. En annan pratade om betydelsen av att se sin mamma vara nöjd, samt av att få positiv respons av andra människor.

Två av informanterna lyfte fram religiösa tankegångar och tro som betydelsefulla kraftkällor och riktgivare i livet och i vårdandet. Den ena uttryckte motivationen till sitt vårdande genom den gyllene regeln:

...jag försöker göra det som jag önskar att en annan gör för mig.

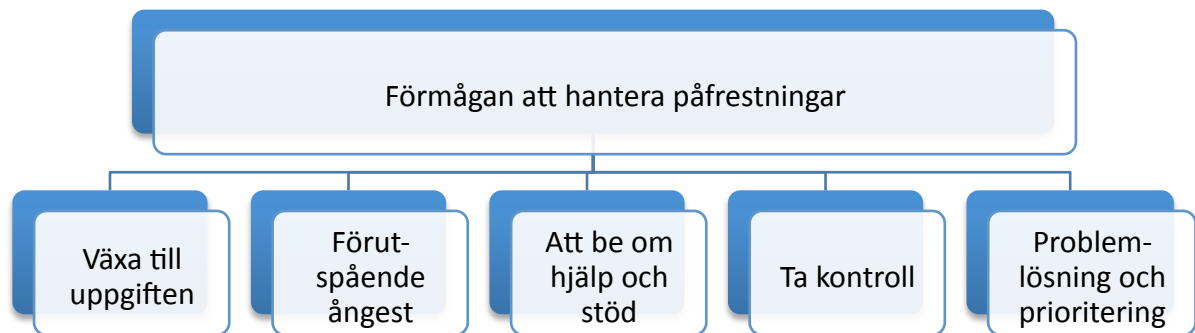
Den andra informanten uttryckte tron som en viktig kraftkälla:

... och det finns bön och det finns krafter som man får från himlen och det behövs.

Informantens närstående hade nyligen dött och därmed blev tron kanske mer påtaglig i hennes utsagor än i de andra informanternas.

9.1.3 Förmågan att hantera påfrestningar

Citat som hänförde sig till denna kategori var sammanlagt 55 (se bilaga 5) och hade ursprung i samtliga intervjuer. Informanternas förmåga att hantera påfrestningar tog sig i uttryck på väldigt olika sätt och därmed bildades underkategorierna som belyses i figuren nedan:



Figur 5: Förmågan att hantera påfrestningar

Och sen småningom småningom, småningom, så processen har varit så lång. Så anpassningen har också varit lång.

En dylik gradvis anpassning till närståendevårdandet uttrycktes av flera informanter. Anpassningen upplevdes oftast inte som särskilt svår i och med att den nya situationen för de flesta informanterna uppstått under en längre tidsperiod. Anpassningen beskrevs också som att "växa in i rollen" eller att "bli slipad" genom att ständigt lära sig nytt och klara av även svåra situationer när det verkligen behövdes.

Genom uttryck om att förbereda sig för kommande utmaningar visade flera informanter sig ha en förmåga till "förutspående ångest". Denna förutspående ångest kunde innebära att tänka igenom vilka problem som kan uppstå i olika situationer samt vilka påfrestningar dessa kunde föra med sig.

Det är kanske så att det kommer att öka med tiden möjligen. Med ökad demens. Att det blir svårare att få klarhet i sakerna.

Den förutspående ångesten kunde ta sig uttrycket av att man förberedde sig på att den vårdbehövandes hälsotillstånd skulle bli sämre samt att man på förhand tog reda på var man kunde söka hjälp då detta väl skedde. En insikt om att man inte själv skulle orka

hur länge som helst präglade även flera informanternas berättelser. Med denna insikt i bakhuvudet hade informanterna bekantat sig med olika alternativ så som intervallvård och stödboenden av olika slag för att få avlastning innan situationen i hemmet skulle bli allt för påfrestande.

Detta sätt att hantera problem på tydde inte alltid på ett medvetet beslut av informanterna, men var snarare uttryck för en vilja att ha en viss kontroll över sin framtid och att inte sakna handlingsmönster vid nya situationer.

Fem av informanterna uppgav under intervjuerna att de hade någon att be om hjälp och stöd av då det kändes tungt. Framför allt den närmaste familjen och vänner upplevdes som ett viktigt stöd i vardagen. Att få prata av sig med sina närmaste upplevdes som värdefullt.

Jo det finns nog inom vänkretsen såna som är mycket vänligt inställda och gärna ger stöd och visar intresse för situationen.

Utöver det emotionella stödet som närståendevårdarna fick av sina närmaste så fungerade dessa även som en viktig praktisk hjälp. Det kunde innebära att avlasta närståendevårdaren en stund genom att vara hemma med den vårdbehövande.

Min syster var en sånhär som kom tre dagar i månaden och skötte om honom...

Utöver stödet man fick av vänner och familj så upplevde flera av informanterna ett stort stöd i föreningsverksamhet. Denna verksamhet upplevdes väldigt betydelsefull i och med att den förde med sig både information och stöd av andra i liknande situationer. Praktiskt stöd hade informanterna sökt i form av till exempel städhjälp, hjälp av socialarbetaren och av hemsjukvården. De som skrivit avtal om stöd för närståendevård med kommunen upplevde även det som en stor hjälp.

I flera intervjuer framkom att informanterna var ytterst tacksamma för den hjälp och det stöd de fick. De hade ofta en insikt om hur betydelsefullt det var att inte tampas med alla problem på egen hand och kunde därför be om hjälp då de kände att det blev för tungt.

... och det andra är min man! Skulle han inte finnas med som stöd så skujag inte orka, inte en dag.

Fem av informanterna gav under intervjuerna uttryck för att hantera sin stress genom att ta kontroll över vissa situationer. I stället för att vara offer för yttre omständigheter så tog de ett större ansvar för sitt eget liv. Flera uttryckte det som att man nog ”klarar av” en hel del, bara man är i en sådan situation att man måste.

Men när man klarar av allt det här så att det börjar vara under kontroll... Det finns en och annan sak man klarar av...

En ihärdig attityd präglade flera av uttalandena, genom att lära sig nytt och få en viss rutin kunde man bättre hantera de nya situationer som uppstod. Ett par informanter uttryckte detta kontrolltagande i och med att de tog ett större ansvar för den vårdbehövandes hälsotillstånd.

... jag tror att man kan göra ganska mycket genom att A: få så mycket konstnärliga upplevelser som möjligt (...) och B är sen motion (...) och det tredje är att lära sig (...) att ge massager, huvud-, nack- och ryggmassage.

Informanterna gav inget intryck av att drabbas av panik i nya, påfrestande situationer. Tvärtom såg de möjligheten att själva påverka dessa och därmed inte tappa kontrollen över tillvaron.

...man klarar av det mesta nog, bara man det där måste, bara man är i den situationen.

De två manliga informanterna uttryckte i flera omgångar en viss problemlösningsförmåga som deras sätt att hantera olika svårigheter. Den ena poängterade vikten av att med praktiska medel göra tillvaron lättare, detta kunde till exempel innebära att man skaffat ändamålsenliga rollatorer åt frun för att hon också kunde vara utomhus. Han tog även upp införskaffandet av en mobiltelefon som en stor lättnad för honom i vardagen:

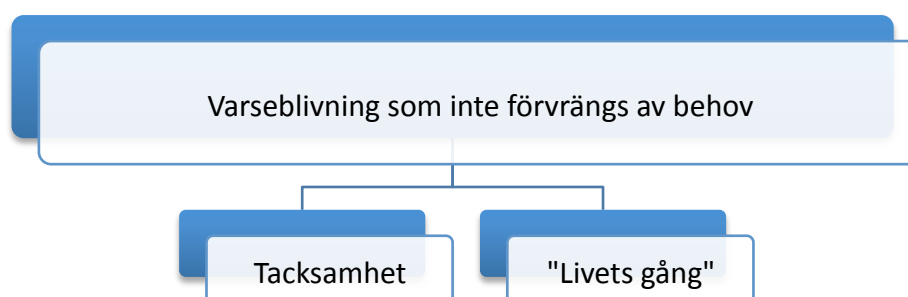
Vi är överens, jag har till och med skaffat mig en egen lite nalle (...) så hon vet att hon kan ringa mig...

Den andra informanten betonade främst betydelsen av att prioritera. I och med all den tid som närståendevårdandet upptog så försökte han minska på sin stress genom att helt enkelt tänka igenom vad som var mer och vad som var mindre viktigt.

9.2 Adekvat verklighetsuppfattning

9.2.1 Varseblivning som inte förvrängs av behov

Citat till denna kategori hittades i samtliga intervjuer. Sammanlagt utplockades 17 citat (se bilaga 6) och analysen gav upphov till två kategorier som visas i figuren nedan. Kategorierna tar upp två olika sidor av samma mynt, nämligen en realistisk syn på livet i den mån man kan avgöra vad som är realistiskt. ”Tacksamhet” lyfter fram informanternas förmåga att hitta det positiva i sina liv, medan ”livets gång” innebär en acceptans för att livet inte alltid är en dans på rosor.



Figur 6: Varseblivning som inte förvrängs av behov

En tacksamhet gentemot den vårdbehövande präglade flera uttalanden i intervjuerna. Även om informanterna stundvis upplevde sina vådarroller som tyngande så insåg de ändå att det i många fall kunde vara värre och visade en stor uppskattning för den vårdbehövande.

... att det finns förskräckligt mycket positivt att ta vara på, till exempel det att min man är en exemplarisk patient. God och tålmodig.

Några informanter uttryckte även en tacksamhet för att de sett att de vårdbehövande fått den vård de behövt och kunde glädjas åt de goda stunder som funnits.

Ibland känner jag mig liksom jätte privilegerad till och med när jag tänker så här, orkar tänka positivt. Jag har ändå en mamma som är 98 år gammal och har fått leva så länge och som jag vet att har fått ha ett relativt bra liv...

Informanterna uttryckte sin förmåga att se det positiva i livet med ordval som ”det bästa tänkbara” och ”ganska roligt har det varit”. Flera beskriver också tillvaron som ”det kunde vara värre”, vilket kan tyda på en insikt om andra människors problem samt att man själv haft tur på vissa områden.

Vi har väldigt ofta haft en skyddsängel med oss...

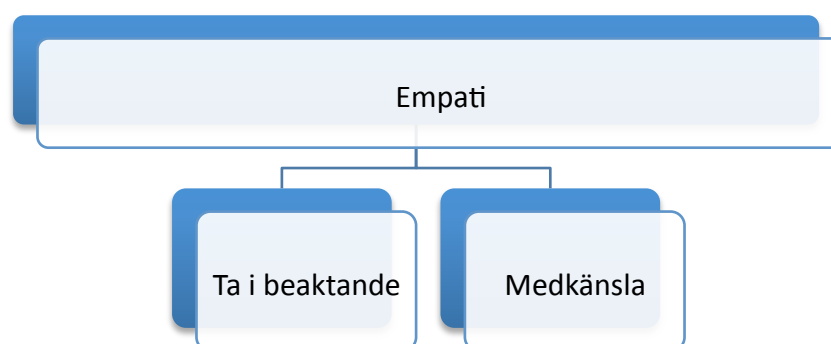
Främst i intervjuerna med de manliga informanterna framstod en insikt om ”livets gång” som något väsentligt. Båda uttalade sig om att åldern medför vissa problem som helt enkelt hör till. Dessa uttalanden tydde sig inte som stressframkallande utan snarare som konstateranden av fakta. Båda använde sig av uttryck som att ”acceptera”, ”vara tvungen att anpassa sig”, godkänna och ”inse” vilket belyste en förmåga att inte stressa över sådant som hör livet till utan att helt enkelt ta det som det kommer.

Så när det nu har skett mindre eller större efter det så har man mera börjat godkänna att det är sånt som kan komma, det är sånt man måste ta.

En acceptans för vad åldern för med sig tydde inte på en pessimistisk livssyn hos informanterna, utan snarare på ett sätt att förhålla sig till tillvaron så att man inte blir överraskad när något tungt eller negativt sker. På detta sätt var informanterna trygga i sin tillvaro trots vetskapen om kommande utmaningar.

9.2.2 Empati

Ur fem av intervjuerna utplockades 16 citat (se bilaga 7) som passade in på denna kategori. På basis av dessa citat utvecklades underkategorierna som visas i figuren nedan.



Figur 7: Empati

I intervjuerna fanns uttryck som tydde på att informanterna försökte ta den vårdbehövande i beaktande i sina handlingar. Detta visade att de upplevde den andras känslor som värdefulla samt värda att uppmärksamma. Detta uppmärksammande kunde ske genom att ge den vårdbehövande mer tid, inte ge sig in på alltför svåra diskussioner med den vårdbehövande eller att försöka trösta den vårdbehövande när denne kände sig arg eller ledsen. Att ta den andras känslor i beaktande syntes även i en vilja att vara rättvis samt att lösa problem på ett sätt så att även den andra får sin vilja igenom.

... och om hon inte kan uttrycka sig och visa vad hon vill så då är det väldigt svårt att veta hur man ska vara rättvis och göra de rätta sakerna.

Trots försök att vara rättvisa uttryckte även några informanter en insikt om sin bristande förmåga att handla på rätt sätt. En berättade om det dåliga samvete han får av att lämna frun ensam för att få göra något annat. En annan att han ibland kunde bete sig ”töntigt” vilket ledde till att frun kunde bli deprimerad. Att ta den andras känslor i beaktande i varje situation upplevdes inte alltid som en lätt uppgift, men ändå som något man måste sträva till.

En förmåga att leva sig in i den vårdbehövandes situation kom även till uttryck i flera av intervjuerna. Informanterna verkade till synes ha en bra insikt om den vårdbehövandes upplevelser, både positiva och negativa. En förståelse för till exempel den vårdbehövandes tristess uttrycktes på följande sätt:

Och dessutom så gör de honom jätte gott. Det är klart att det är dötrist att sitta här inne ensam så mycket.

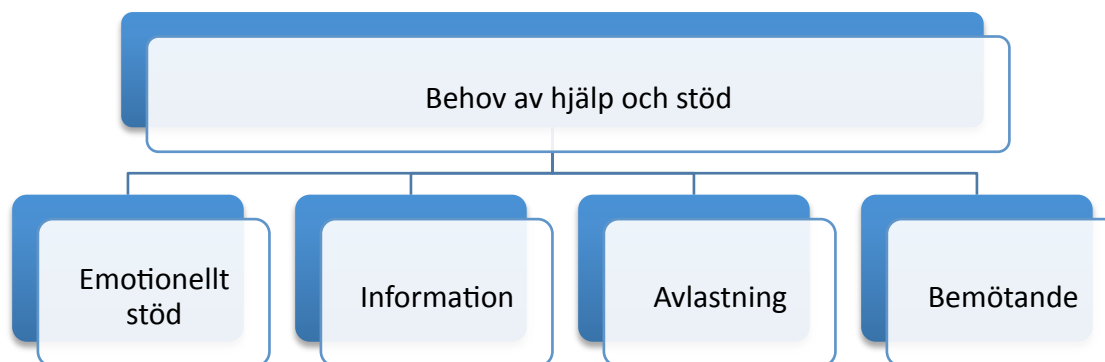
En dylik medkänsla resulterade även i att bekanta sig med gruppverksamhet för den vårdbehövande för att denna skulle få träffa och diskutera med likasinnade.

Medlidandet var även väldigt påtagligt i intervjuerna. Man led tillsammans med den vårdbehövande.

När han hade magnetbälte och låg där och kunde inte ens vända på sig, ligga på det där viset så det kunde jag inte se, utan då sade jag att jag vill ha honom hem.

9.3 Behov av hjälp och stöd

Trots att många av informanterna hade hjälp och stöd av något slag så uttryckte många att de skulle behöva mycket mer av dessa i olika former. Analysen av dessa 32 utsagor (se bilaga 8) formade följande underkategorier:



Figur 8: Behov av hjälp och stöd

En önskan om att få dela sina erfarenheter med andra togs upp i flera intervjuer. Det kunde handla om att prata med vårdpersonal eller att delta i diskussionsgrupper. Betydelsen av att få prata ut om tankar och känslor betonades av flera informanter.

Men att det där kanske det mest skulle vara att få prata om saker som far runt där i huvudet på en. Det skulle säkert vara ganska välkommet.

I flera intervjuer nämndes stödverksamhet av jämställda (på finska ”vertaistuki”) som en önskvärd lösning då de kunde ha lättare att prata med andra som varit med om samma sak. Denna ömsesidiga förståelse upplevdes kunna leda till att det skulle vara lättare att öppna sig.

Bristande kunskap upplevdes som ett stort problem. Flera önskade sig ha någon de kunde vända sig till med frågor om bland annat den vårdbehövandes sjukdom. Känslan av maktlöshet blev hos en informant poängterad då kunskapen om den vårdbehövandes sjukdom var bristfällig. En annan informant poängterade sin egen bristfälliga kunskap i att se sin situation i dess helhet och hade önskat sig mer råd på basis av erfarenheter.

Ett stort behov som informanterna uttryckte var behovet av avlastning. I de flesta fallen var det inte frågan om något märkvärdigt, snarare möjligheten att få hjälp i konkreta

vardagssituationer. Dessa kunde innebära att någon kunde komma och hålla den vårdbehövande sällskap emellanåt för att möjliggöra för närståendevårdaren att avlägsna sig från hemmet för att utföra ärenden eller ägna sig åt någon hobby.

Det framkom även önskemål om hjälpens flexibilitet. Ofta då hjälp erbjöds var det just om dagarna, medan framför allt en informant hade mer program och arbete om kvällarna.

Flera informanter betonade i samband med önskemålet om avlastning att de hoppades på sådant sällskap som också den vårdbehövande skulle uppskatta. De ville därmed inte själv bli avlastade på den vårdbehövandes bekostnad.

Och idealet, som jag sade, någon som sku vara så uppskattad av honom också, att jag kan fara bort...

Utöver behovet av praktisk hjälp så uttryckte informanterna önskemål om det bemötande de får av vårdpersonalen. De önskade bland annat en positiv och empatisk inställning, att oftare bli tillfrågade hur de mår samt att få tid trots att vårdpersonalen väldigt ofta är stressad. Att vårdpersonalen kan svenska upplevdes även som viktigt.

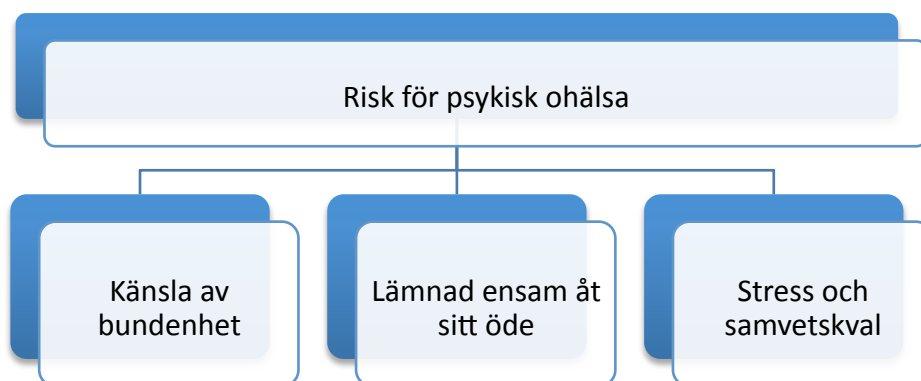
En informant uttryckte även önskemål om hur vårdpersonal ska förhålla sig till patienter överlag:

Kanske just den här, att se den här helheten i människan och i tillvaron. Och psykets och det fysiskas sammankoppling.

9.4 Risk för psykisk ohälsa

Vid läsandet och genomgången av de utskrivna intervjuerna fanns det även en hel del material som gav viktig information om närståendevårdarnas psykiska hälsa, men som inte passade in på de ovan nämnda kategorierna. Stora delar av detta material tydde på att närståendevårdarna trots de många resurser som nämns ovan stundvis upplevde sin tillvaro som väldigt påfrestande. Varken psykisk hälsa eller ohälsa kan ses som definitiva begrepp, knappast någon kan klassas som enbart psykiskt frisk eller psykiskt sjuk utan de flesta befinner sig i rörelse mellan de två polerna. Därför gavs den öppna kategorin namnet ”risk för psykisk ohälsa” för att poängtera att citaten som plockades in i

den tydde på sådant som eventuellt kunde dra ner på den psykiska hälsan. På basis av sammanlagt 49 citat (se bilaga 9) som härstammar från samtliga intervjuer skapades följande underkategorier:



Figur 9: Risk för psykisk ohälsa

Bland informanterna var uttryck för en känsla av bundenhet ofta förekommande. Flera uttryckte en viss frustration av att de inte kunde röra sig utanför hemmet som de tyckte. Att lämna hemmet gick även ofta hand i hand med en oro för den vårdbehövande. Förutom den konkreta bundenheten till hemmet så upplevdes en stor förlust av egen tid, till och med till den grad att man inte upplevde sig ha något eget liv.

... en stor del av mitt liv går till det att jag kör henne, sitter och väntar, kör henne hem... Och det betyder ju att det, att det går lite illa på det sättet för att halva mitt liv går till det.

De drömmar som informanterna tidigare haft om att som pensionär vara fri fick nu ge vika för det ansvar som vårdrollen medförde. Detta kunde leda till känslor av besvikelse och frustration.

Trots att de flesta informanterna fick något slag av hjälp eller stöd så gav de alla uttryck för att i viss mån känna sig ensamma eller för att inte veta var de kunde få hjälp.

Den som fick hjälp vid de här sjukdomsanfallen var ju min fru och tills vidare har jag inte sett några tecken på att jag skulle erbjudas hjälp.

I flera fall så upplevde informanterna att de inte kunde be om hjälp av sina vuxna barn, de upplevde ofta att de inte ville belasta dessa och antog i vissa fall att barnen ändå inte hade tid för dem. En informant berättade att hon inte hade någon alls som hon kunde

prata med när vardagen blev för tung, hon och hennes man hade flyttat från annan ort så de hade inga närstående i samma stad förutom varandra. I detta fall visste informanten inte heller var hon på officiellt håll kunde få stöd i sitt vårdande.

Vissa informanter upplevde att vänner som de tidigare umgåtts med hade slutat ta kontakt i och med den vårdbehövandes insjuknande.

...jag har inte så många vänner här och naturligtvis faller dom ju så småningom bort när den ena är långvarigt sjuk så orkar ju ingen komma och hälsa på...

En känsla av stress förekom hos de flesta informanterna, sällan eller ofta förekommande. Vanligt var att känna stress i situationer där den vårdbehövandes tillstånd försämrades. I dylika situationer upplevdes det även som tungt att märka den egna maktlösheten över situationen trots insikten om att man inte alltid kan hjälpa.

Nå de gånger jag varit med när han har fallit (...) Så de där situationerna gör mig alltid förskräckt (...) när jag tänker att vad sku ha hänt om jag inte sku ha varit hemma.

Tidsbrist var även ett vanligt förekommande stressmoment. En upplevelse om att tiden aldrig räckte till allt det man lovat och det man borde orka med. Tidsbristen bar ofta med sig ett dåligt samvete för att man gjort någon besviken eller inte kunde sköta om den vårdbehövande så bra som möjligt. Flera beskrev tillvaron som en ständig strävan efter en balans mellan det egna livet och vårdandet. Ambitioner att ibland arbeta, träffa vänner och bara ha egen tid emellanåt resulterade ofta i samvetskval.

... så det är mera en samvetsfråga för mig det där. Att ska jag låta henne sitta för sig själv och använda tiden till något eget eller ska jag försöka aktivera henne och sitta och ta i handen och prata med henne.

Den egna fysiska hälsan sågs bland flera informanter som en betydelsefull resurs i hanteringen av stressen. Då den egna hälsan började ge vika uppstod det ibland frustrationer.

Och den psykiska hälsan är nog totalt kombinerad med den fysiska. Jag har ganska mycket värk i rygg och ben och det påverkar nog definitivt psyket.

En känsla av maktlöshet präglade även några informanternas tillvaro. De använde sig av uttryck som hopplöshet, maktlöshet, ”allt faller över en”, ”skena iväg” för att beskriva denna känsla.

9.5 Sammanfattning

Resultatet av innehållsanalysen visar på vilket sätt närståendevårdarna själva upplever sin psykiska hälsa i de kategorier som utvecklats färdigt på basis av Jahodas kriterier för positiv psykisk hälsa. En upplevelse av balans och flexibilitet yttrades i och med att man hittat en motvikt till vårdandet, att man hittat en balans mellan den vårdbehövandes behov och de egna samt genom att ha tilltro på framtiden. Informanterna uttryckte sin enhetliga livsåskådning genom en känsla av ansvar, tillgivenhet, religiösa tankegångar samt känslan av gemenskap som man fick av familjen. Informanternas förmåga att hantera påfrestningar gav sig till känna genom att växa till uppgiften, förutspå ångest, be om hjälp och stöd, ta kontroll samt genom problemlösning och prioritering. Genom en acceptans av ”livets gång” samt genom en tacksamhet gentemot det positiva i livet yttrade informanterna sin varseblivning av verkligheten. Empatin var närvarande i vårdrelationerna och tog sig i uttryck genom att den vårdbehövande togs i beaktande och genom visad medkänsla.

En kategori hade utvecklats på basis av de centrala frågeställningarna för studien och i denna uttryckte informanterna sitt behov av stöd och hjälp. Detta behov yttrades i önsksningar om emotionellt stöd, information, avlastning och bemötande.

Den öppna kategorin som i analysskedet benämndes *risk för psykisk ohälsa* visar på de utmaningar och påfrestningar som närståendevårdarna upplever i sin tillvaro. Dessa upplevelser innefattar känslor av bundenhet, upplevelser om ensamhet samt stress och samvetsqual.

10 TOLKNING AV RESULTATET

I föregående kapitel presenterades resultatet av innehållsanalysen av de transkriberade intervjuerna. I detta kapitel tolkas resultatet först i relation till den teoretiska referens-

ramen, sedan till den tidigare forskningen och till sist till studiens syfte och frågeställningar. På det här sättet försöker jag göra en koppling mellan den teoretiska och den empiriska delen av studien för att bilda en tydligare helhet.

10.1 Tolkning av resultatet i relation till den teoretiska referensramen

Genom att tolka resultatet och ställa det i relation till den teoretiska referensramen kan man avväga teorins riktighet i förhållande till det som sker i praktiken. Tolkningen kan leda till en djupare insikt om närståendevårdarnas psykiska hälsa enligt Jahodas termer eller huruvida den psykiska hälsan tar sig i uttryck på andra sätt.

Jahoda beskrev en optimal balans mellan de psykiska krafterna som rörlig och flexibel, där jaget (ego) ständigt anpassar sig till underjaget (id) och överjaget (superego) (Jahoda 1958:37). I och med närståendevårdarnas behov av att stundvis ägna sig åt annan meningsfull verksamhet än vårdandet kan man säga att de egna begären ibland gjorde sig gällande. Detta resulterade dock ofta i samvetsqual och närståendevårdarna upplevde ofta en kamp i att hitta en balans mellan det egna livet och vårdandet. Trots att sökandet efter denna balans inte alltid var lätt kunde närståendevårdarna ibland unna sig egen tid i form av fritidssysselsättningar och anna avkoppling för att därmed även orka bättre med vårdandet. Detta kan tolkas som att deras jag anpassade sig till begären som kom från underjaget och överjaget genom att i olika situationer beakta olika begär. Samma sorts anpassning skedde även i balanserandet mellan den vårdbehövandes behov och de egna behoven. Det upplevdes i de flesta fallen som att någon balans hade uppnåtts genom att göra kompromisser och i och med att behoven oftast inte upplevdes som motstridiga. Upplevelsen av att ha uppnått balans uttryckte sig hos närståendevårdarna också som en tilltro till att ”allting nog löser sig”. Detta sätt att tänka var inte ett sätt på vilket man hanterar problem, utan snarare en insikt om att det mesta nog ordnar sig i och med att det ordnat sig hittills också. Närståendevårdarna uttryckte därmed en viss flexibel anpassningsförmåga, de antog inte att de behöver ha kontroll över allting utan att de flesta situationerna löser sig på ett sätt eller annat. Denna flexibilitet kunde kopplas till Beck, Rawlins och Williams (1984:299-301) intellektuella dimension i vilken ett mångfacetterat sätt att tänka var en viktig delfaktor.

Allport beskrev livsåskådningen som något som ger individen en känsla av samband och mening i livet (Jahoda 1958:39-40). Närståendevårdarna uttalade sig om familjen som det viktigaste i livet, det som skapade mening i deras liv. Vårdandet motiverades med ideal och värden som ansvar och tillgivenhet. För två informanter utgjorde religiösa ideal och tankegångar en viktig vägledare, dessa kunde vara bön eller tanken om ”den gyllene regeln”. Beck, Rawlins och Williams (1984:304) beskrev den enhetliga livsåskådningen som ideal och värderingar enligt vilka individen väljer att leva sina liv. Samtliga informanter uttryckte alltså någon form av enhetlig livsåskådning, även om det kanske inte alltid var ett medvetet val att leva enligt den.

Förmågan att hantera påfrestningar innebär inte en frånvaro av ångest utan snarare om hur man hanterar de situationer som orsakar ångesten (Jahoda 1958:42). Samtliga informanter uppgav att de funnit någon metod för att hantera ångestskapande situationer. De flesta kunde be om hjälp och stöd i tunga situationer. Vänner, familjemedlemmar och olika föreningar fungerade som viktiga stöttepelare i detta avseende. Genom konkret stöd såsom städhjälp eller ekonomiskt stöd kunde informanterna lättare bemästra vardagens utmaningar. Genom prioritering och problemlösning hade informanterna konkreta instrument för att göra vardagen lättare. Problemlösningen kunde innebära att ändra på den fysiska miljön i hemmet till att bättre passa de olika behoven. Prioritering användes för att underlätta beslutsfattande om exempelvis tidsanvändning.

Förutspående ångest är ett begrepp som använts av Janis (Jahoda 1958:42-43) och som även avser en förmåga att hantera påfrestningar på. Förutspående ångest innebär att inse vilka utmaningar man kommer att ställas inför och därmed få bättre beredskap för att hantera dem. Informanterna uttryckte sin förutspående ångest genom att bl.a. förbereda sig på att den vårdbehövandes tillstånd skulle försämrats, vad detta i praktiken skulle innebära samt var de kunde söka hjälp när så väl skedde. Flera informanter förberedde sig även för tider då de själva inte skulle orka längre och hade redan bekantat sig med andra alternativa vårdlösningar. Allinsmith och Goethals betonade förmågan att inte drabbas av panik då spänningar uppstår (Jahoda 1958:42). Trots övergående känslor av maktlöshet upplevde informanterna att de i många fall kunde ta kontroll över situationen och därmed undvika att drabbas av panik. Kontrolltagandet kunde uttryckas som att ”klara av bara man måste”, och visade därmed att det kanske även var något som situationen krävde. Då vårdrelationen och det som den medförde utvecklats långsamt, upplevde

närståendevårdarna att anpassningen var lättare. Man hann ”växa in i rollen” som närståendevårdare och därmed med tiden lära sig allt det den nya rollen bar med sig och krävde.

Jahoda avsåg med ”varseblivning som inte förvrängs av behov” en förståelse för händelser i omgivningen även då dessa inte är önskvärda (Jahoda 1958:49-52). Genom en acceptans för livets gång, dvs. det som livet och åldrandet bär med sig kan man säga att informanterna flera gånger uttryckte en dylik förståelse. En insikt om att livet var väldigt tungt emellanåt präglade flera uttalanden, utan att tyda på en pessimistisk livssyn. Informanterna uttryckte även en stor tacksamhet gentemot livet i allmänhet och den vårdbehövande i synnerhet. De upplevde alltså även att livet hade mycket positivt att ta vara på. I livssituationer som är tunga och påfrestande kan man tänka sig att det vore lätt att fokusera endast på det negativa och därför tolkades även uttrycken om det positiva i livet som att informanterna hade en förmåga att varsebli verkligheten på ett ”korrekt” sätt.

Informanterna uppmärksammade de vårdbehövandes känslor genom att i sina handlingar sträva efter att vara rättvisa och inte göra den andra ledsen. Det syntes även en vilja att göra gott för den andra och se till att denne fick sin vilja igenom även då denna vilja inte tydligt uttrycktes. Detta uppmärksammande och beaktande av den andras känslor är även vad Jahoda (1958:52) avser med begreppet empati, det är uttryck för att uppleva den andras känsloliv som värdefullt. Genom att känna medlidande med den vårdbehövande uttryckte informanterna en förståelse för deras känslor. Medlidandet uppstod till exempel i situationer där den vårdbehövande behandlades dåligt av vårdpersonal. Informanterna uttryckte medkänsla för de vårdbehövande då dessa mådde dåligt eller var uttråkade, men också genom att försöka sporra dem till fritidsaktivitet som de upplevde att den vårdbehövande kunde uppskatta. På detta sätt uttryckte informanterna att den andras känslor berörde dem personligen och ville göra något för att förbättra dem. Denna känsla av ”andlig samhörighet” använde Beck, Rawlins och Williams (1984:305) för att beskriva en empatisk förståelse för andra människor.

Slutsatser

Genom att spegla den teoretiska referensramen mot informanternas utsagor kan man konstatera att det fanns flera uttryck för en positiv psykisk hälsa hos informanterna enligt Jahodas kriterier. Som tidigare nämdes så är inte den psykiska hälsan något man har eller inte har, men dessa uttryck visar att det hos informanterna finns möjlighet till en rörelse i riktning mot positiv psykisk hälsa.

10.2 Tolkning av resultatet i relation till tidigare forskning

I den tidigare forskningen finns det ett flertal forskare som utpekar vilka faktorer som kan orsaka depression eller stress hos närståendevårdare. En dålig fysisk hälsa har ansetts vara en viktig delorsak för depression (Majerovitz S.D. 2007). Upplevelsen av att en dålig fysisk hälsa inverkar negativt på den psykiska hälsan bekräftas även i denna studie. Informanterna upplevde stress då den egna hälsan började svika, detta kunde ske i och med plötsliga insjuknanden eller ett försämrat hälsotillstånd som hörde åldrandet till. Att ha en kontroll över vardagen blev genast svårare då den egna kroppen inte hängde med.

Även isolering och ensamhet har konstaterats ha en negativ inverkan på den psykiska hälsan (se Andren S. & Elmstahl S. 2008) och ett liknande mönster kunde hittas i denna studie. Flera informanter uttryckte sin besvikelse då de blivit lämnade ensamma av vänner i och med den vårdbehövandes insjuknande. Det sociala umgänget hade minskat som en följd av bundenheten till hemmet och detta upplevdes som en stor påfrestning. Upprepade uttalanden om att man önskade att vårdpersonal och vänner skulle ta sig tid för att lyssna, uttryckte informanternas känsla av vårdpersonalens och vännernas bristfälliga emotionella engagemang (se Andren S. & Elmstahl S. 2008).

Salin S., Kaunonen M. & Astedt-Kurki, P. (2009) visade med sin forskning att den vanligaste copingmetoden bland närståendevårdare var problemlösning. Informanterna i denna studie använde sig delvis av samma former av problemlösning, nämligen prioritering, förändring av den fysiska miljön samt att lita på sig själv och sitt eget kunnande. Utöver dessa upplevde informanterna stöd och hjälp samt förutspående ångest som viktiga metoder att hantera problem på.

Informanterna i denna studie uttryckte ett stort behov av avlastning. De erfarenheter man hade haft av avlastning var att den varit ett stort stöd i hanteringen av vardagen. Detta stöder resultatet i forskningen gjord av Yun-Hee et.al. (2006) som även visade positiva upplevelser av avlastningsvården. Närståendevårdarna i denna studie diskuterade avlastningens inverkan på det egna orkandet till skillnad från de i Yun-Hee et.al.'s forskning där största fokus lades på dess inverkan på den vårdbehövande.

En informant i denna studie uppgav bön och tro som en viktig kraftkälla i hennes liv, hon upplevde att dessa stödde hennes känsla av hopp. Detta resultat skiljer sig från forskningen gjord av Herrera et.al. (2009) som tydde på att religiositet som utövas individuellt inte hade en positiv inverkan på den mentala hälsan. Det faktum att endast en informant i denna studie lyfte upp denna kraftkälla innebär dock att resultatet knappast går att generalisera på närståendevårdare i allmänhet.

Att ha en tilltro på framtiden och dess positiva inverkan på upplevelsen av balans konstaterades i denna studie. Detta resultat får stöd av Man (2002) som i sin forskning även lyfte fram viljan att ha kontroll över situationen, stark motivation samt att flexibelt kunna förändra sina målsättningar som betydelsefulla faktorer för upplevelsen av balans. I denna studie fick vi liknande resultat i och med att vissa informanter uppgav att de hanterade påfrestningar genom att "ta kontroll", genom att samtliga hade någon viktig motivationsfaktor i livet samt genom att "växa in" i nya roller.

I och med denna jämförelse kan man konstatera att stora delar av resultatet i denna studie stämmer överens med resultatet från den tidigare forskning som valts. Stora delar av den tidigare forskningen var dock från andra länder och därmed fanns det ett värde i att undersöka närståendevårdarnas upplevelser i Finland. På detta sätt kan resultatet i denna studie kanske komplettera den tidigare kunskapen på området.

10.3 Tolkning av resultatet i relation till syfte och frågeställningar

Syftet med studien var att undersöka ifall närståendevårdare upplever sig ha psykisk hälsa enligt två av Jahodas kriterier för psykisk hälsa, nämligen *integration* och *adekvat verklighetsuppfattning*. Genom att göra en deduktiv innehållsanalys på sex utskrivna

intervjuer av närståendevårdare, genom att utföra denna analys med målet att besvara de centrala frågeställningarna i studien har skribenten strävat till att uppnå syftet.

Uttryck för balans och flexibilitet hittades i fem av intervjuerna. Dessa informanter upplevde balans och flexibilitet i och med att de hade någon motvikt till vårdandet, i och med att de funnit balans mellan sina egna behov och den vårdbehövandes samt genom att ha en tilltro till framtiden.

Uttryck för en enhetlig livsåskådning hittades i samtliga intervjuer. Bland informanterna framträdde familjen, känslor av ansvar och tillgivenhet samt tro som de främsta kraftkällorna i livet och i vårdandet.

Informanterna upplevde tidsbrist, känslor av bundenhet och ensamhet som ångestskapande. Samvets kval som ofta gick hand i hand med dessa faktorer var även vanligt förekommande bland informanterna. Andra stressfaktorer var då den egna hälsan svek eller då man kände sig maktlös. Trots dessa känslors förekomst upplevde samtliga informanter att de kunde hantera dem på ett sätt eller annat. De ångestskapande situationerna hanterades genom att ta kontroll, förutspående ångest, problemlösning och prioritering, genom att be om hjälp och stöd samt genom att låta anpassningen ske långsamt och helt enkelt ”växa till uppgiften”.

Accepterandet av det positiva och negativa i livet uttrycktes genom tacksamhet samt genom en insikt om livets gång och det som hör det till. Uttryck som tydde på denna acceptans fanns i samtliga intervjuer, det fanns dock en viss uppdelning mellan de informanter som mer betonade det positiva och de som mer betonade det negativa.

I fem av intervjuerna hittades uttryck som visade vilken roll empatin spelar i vårdrelationen. Empatin syntes genom att ta den vårdbehövandes känslor i beaktande i de egna handlingarna samt genom medkänsla. Flera av uttalandena präglades av en stark vilja att göra det som är rätt för den andra.

Trots de många uttryck för positiv psykisk hälsa som beskrivs ovan så fanns det bland närståendevårdarna ett stort behov av mer stöd och hjälp i vardagen. Bristen på kunskap om den vårdbehövandes sjukdom samt om den egna helhetssituationen ledde till att behovet av information upplevdes som väldigt stort. En vilja att få dela sina erfarenheter med någon som orkar lyssna var även väldigt påtagligt i flera uttalanden. Ett behov av

avlastning uttrycktes även flera gånger. Informanterna nämnde för övrigt att de önskade att vårdpersonal skulle ta sig mer tid för att ställa frågor och lyssna på dem samt betydelsen av att få vård på sitt eget modersmål.

Dessa svar på studiens frågeställningar kan man säga att resulterat i en djupare insikt om närståendevårdarnas upplevelser om den egna psykiska hälsan. I och med underkategorierna som skapades i innehållsanalysen belyses de områden som närståendevårdarna själva upplever som resurser och styrkor i sina liv. Den öppna kategorin som skapades och benämndes ”risk för psykisk ohälsa” tyder dock samtidigt på de utmaningar och påfrestningar som närståendevårdarna utsätts för. Denna kategori visar en annan sida av närståendevårdarnas upplevda psykiska hälsa och kompletterar därmed den övriga innehållsanalysen så att syftet med studien bättre kunde uppnås.

11 DISKUSSION

I de två föregående kapitlen presenterades och tolkades resultatet för denna studie. Det kan dock vara värdefullt att ännu diskutera vad resultatet kan ha för betydelse för vårdverkligheten, för samhället samt för vidare forskning.

Resultatet i studien lyfter till stor del fram de resurser som närståendevårdarna har. I och med en deduktiv ansats med Jahodas kriterier för positiv psykisk hälsa som bakgrund har fokus lagts främst på just dessa positiva resurser. I tidigare forskning har funnits många resultat som tyder på närståendevårdarnas dåliga psykiska hälsa och därför blev utgångspunkten för denna studie en annan. Genom att identifiera närståendevårdarnas resurser kunde det vara lättare att stöda dem innan psykisk ohälsa hinner uppstå. Som exempel kan tas den första kategorin i innehållsanalysen, ”balans och flexibilitet”. Resultatet från förstudien visar att närståendevårdarna upplever balans i tillvaron bland annat då de har funnit någon motvikt till vårdandet och hemmet. Detta resultat kan ge tydliga riktlinjer för hur sjuk- och hälsovården bättre kunde stöda närståendevårdarna i deras arbete, nämligen genom avlastning och praktisk hjälp i vardagen. Den sjätte kategorin i resultatet, ”behov av hjälp och stöd”, är indirekt riktad till samhället och sjuk- och hälsovården. Resultatet för denna kategori visar vilka områden som närståendevårdarna själva upplever som mest bristfälliga och ger därmed en djupare insikt i de områ-

den som från samhällets sida borde utvecklas för att stöda denna till stor del informella del av sjukvårdssystemet.

Förutom att resultatet kan fungera riktgivande för sjukvårdssystemet i det stora hela, så kan även den enskilda vårdaren eller sjukskötaren finna vissa riktlinjer i resultatet. I och med närståendevårdarnas önskan om att få tala ut och om att oftare bli tillfrågade om deras mående kan varje vårdare i sitt arbete sträva efter att bättre tillgodose detta behov. Genom att inte bara uppmärksamma den vårdbehövande, utan också närståendevårdaren, kan man bidra till att skapa en fungerande balans där båda upplever sig som betydelsefulla individer. Detta kan även stärka närståendevårdarens upplevelse av meningsfullhet och därmed kanske uppmuntra och hjälpa honom/henne att bättre orka i sin uppgift.

I och med den ”öppna kategorin” som i analyskedet benämndes ”risk för psykisk ohälsa” ger resultatet för studien också en inblick i närståendevårdarnas upplevelser av belastning och stress. Faktorer som tidsbrist, ensamhet och samvetsqual var här tydligt framträdande. Detta väcker hos mig tanken om ansvaret man har som medmänniska. Även om sjukvårdssystemet till en viss mån borde utvecklas för att bättre kunna minska på dessa påfrestande faktorer så kan man inte enligt mig lägga allt ansvar på ”samhället” som sådant. Ett visst ansvar kunde även läggas på den närmaste familjen och de närmaste vännerna som med sin närvaro och sitt stöd kanske kunde minska på dessa påfrestningar. Avsikten med detta uttalande är inte att skuldbelägga någon för att en annan har det tungt, snarare försöker jag poängtera att alla människor kunde reflektera över den stora inverkan som en liten gest kan ha på en medmänniska. Frågan ”hur mår du?” kan vara just det lilla som får någon att känna sig värdefull och uppmärksammas.

Förhoppningsvis har denna studie även en betydelse för den vidare forskningen som kommer att bedrivas inom området. Med den insikt som resultatet i studien gett vid handen kunde forskare vara med om att skapa en vårdverklighet som bättre kunde stöda och komplettera närståendevården. Man kunde genom olika projekt börja utveckla olika former av avlastning, samt skapa olika forum där närståendevårdarna kunde hålla kontakt sinsemellan och få ömsesidigt stöd av varandra. Jag skulle våga påstå att den viktigaste uppgiften som framtida forskning kan ha är just denna, att hitta nya sätt att stöda närståendevårdarna på. Dylik forskning kunde leda hela systemet framåt med målet att

uppnå närståendevårdarrelationer som upplevs som hållbara lösningar både för närståendevårdaren och den vårdbehövande.

12 KRITISK GRANSKNING

Jacobsen (2007:268) skriver att bra undersökningar

- a) faktiskt mäter det de säger sig mäta – att de har intern validitet
- b) går att överföra till andra områden (går att generalisera) – att de har extern validitet
- c) är pålitliga, det vill säga att man kan lita på dem (att de är reliabla)

I detta kapitel diskuteras hur denna studie i de olika faserna uppfyller de krav som Jacobsen ställt på en bra undersökning. I och med att skribenten i en studie fattar otaliga beslut om vilken väg man ska gå så är det befogat att diskutera och granska dessa val kritiskt.

Valet av den teoretiska referensramen gjordes av skribentens handledare i ett tidigt skede av studien och var ett väldigt grundläggande val som skulle prägla och delvis styra resten av studien. Att detta val gjordes tidigt i studien minskade eventuellt på skribentens öppenhet inför annan viktig information som föll utanför denna teori. Jahodas teori kändes dock som ett bra val i och med att den sammanställde tidigare teorier och därmed var en bra syntes av den kunskap som fanns på området. Genom att göra kopplingar till nyare teorier och peka ut liknande tankegångar i dessa försökte jag validera för valet av en så gammal teori. Fokuseringen på endast två kriterier kändes även som ett bra val då detta möjliggjorde en fördjupning av dem snarare än en ytlig överblick av flera kriterier.

Att leta upp tidigare forskning visade sig vara svårare än jag först trott. Det gick mycket tid till att leta upp forskningarna och i många fall hade det kostat att läsa igenom hela artiklar. Detta ledde till att de databaser som sist och slutligen användes för att leta upp forskning var väldigt få. En bättre kunskap om informationssökning och ett bättre tålamod hade lett till att de forskningar som valdes hade härstammat från ett bredare utbud databaser och hade kanske gett en bättre överblick av den tidigare forskningen. Trots dessa brister upplever jag att de forskningar som hittades var väsentliga för denna studiens syfte.

Temaintervjun som datainsamlingsmetod känns som ett bra val. Detta möjliggjorde att syftet med studien kunde uppnås. Det var dessutom en lärorik upplevelse att planera, genomföra och transkribera intervjuer. Det faktum att de sex intervjuerna genomfördes av tre olika studeranden innebar dock att de i praktiken såg ganska olika ut. Detta kan ses både som en styrka och en svaghet för studiens resultat. Ifall enbart en studerande hade intervjuat, hade eventuella brister i intervjuteknik präglat samtliga intervjuer. I stället kunde nu studerandenas styrkor och brister komplettera varandra. I och med att frågorna formulerades lite olika blev också svaren olika vilket i sin tur resulterade i ett väldigt mångfacetterat material. Detta något splittrade material kan dock även ses som en svaghet i studien. Det hade varit en möjlighet att tydligare redogöra för hur de olika intervjuerna i praktiken genomfördes, men jag valde att inte göra detta då jag ändå upplevde att resultaten av de olika intervjuerna gick att jämföra sinsemellan.

Innehållsanalysen som databearbetningsmetod kändes även som ett naturligt val för att uppnå syftet med studien. Den deduktiva ansatsen innebar att analysen utgick från kategorier som var färdigt formulerade på basis av det teoretiska perspektivet. Detta kan ses som en svaghet i och med att denna fokusering på vissa områden eventuellt lämnade bort viktig information om andra. Samtidigt hjälpte den deduktiva ansatsen att fokusera på det egna området och på syftet med just denna studie.

Samplet i studien utgjordes av sex närståendevårdare. I och med ett så litet sampel kan man konstatera att resultatet kanske inte går att generalisera på närståendevårdare i allmänhet. Resultatet kan dock anses tillförlitligt angående just detta sampel i och med att det bottnade i deras egna utsagor om sina upplevelser. Det faktum att resultatet kanske inte går att generalisera betyder inte att det saknar värde, tvärtom ger det en djup inblick i dessa närståendevårdares upplevelser.

För att göra resultatet så tillförlitligt som möjligt lästes samtliga utskrivna intervjuer igenom många gånger. På detta sätt strävade jag efter att få en förståelse för informanternas verkliga budskap och inte endast leta efter sådant som passade in på mina förutfattade meningar. Samtliga steg i innehållsanalysen gjordes flera gånger för att hitta eventuella skillnader i det egna tänkesättet från gång till gång. I och med detta hittade jag så småningom ett mönster som höll och inte förändrades från en stund till nästa.

Till sist bör påpekas att valen som görs i en studie ständigt präglas av skribentens egna uppfattningar. Jag vågar påstå att det är omöjligt att göra en studie som är helt objektiv. Man kan dock öka på studiens trovärdighet genom att noggrant redogöra för de val man fattar. På detta sätt kan läsaren följa skribentens tankegångar och därmed se på resultaten kritiskt. Jag har enligt bästa förmåga försökt redogöra för de val jag gjort och på detta sätt skapat kunskap som kan vara både givande och tillförlitlig i det den avser förmedla.

13 AVSLUTNING

Då jag inledde skrivandet på mitt examensarbete hade jag nog ingen aning om vad som väntade. Examensarbeten har ofta beskrivits som en ”process”, men vad man avser med denna process har jag nog insett först mot slutet av arbetet. Stundvis har jag försökt pressa fram de olika kapitlen utan att egentligen förstå vad de har för betydelse för helheten. Det är denna förståelse för helheten som jag nu börjat inse att ordet ”process” åtminstone i mitt fall innebär. Att ha en röd tråd som måste finnas hela arbetet igenom har varit den största utmaningen och den viktigaste insikten för mig under arbetets gång. Det har därför varit viktigt för mig att trots min otålighet och tidspress ibland bara låta allting sjunka in och inte ständigt sitta och producera text. På detta sätt har texterna så småningom bearbetats, först i mitt huvud och sedan på papper, så att slutresultatet blivit ett någorlunda enhetligt arbete där alla delar uppfyller sin funktion.

Ett viktigt stöd för den här processen har jag funnit i de medstuderande som jag samarbetade med i studiens intervjuer. Genom många diskussioner har det teoretiska perspektivet bearbetats, syftet för studien klarnat och i stunder då motivationen brustit har jag fått den nödvändiga sparken i rumpan för att fortsätta.

Det har varit ett otroligt givande arbete att skriva på. Det har gett mig en insikt om de många utmaningar som jag som vårdare och samhället i dess helhet kommer att stöta på. Vi har inte råd att lämna närståendevårdarna ouppmärksammade då de hela tiden tvingas bära ett allt större ansvar för sjukvården i vårt land. Genom medmänsklighet och en förståelse för deras resurser och svagheter kan vi stöda dem innan deras psykiska hälsa börjar svikta. På detta sätt kan vi kanske bidra till ett system i vilket närståendevårdarna

upplever sin vårdarroll som värdefull och kan få den hjälp de behöver för att orka ta hand om sina nära och kära.

KÄLLOR

Tryckta källor

Böcker

Antonovsky, Aaron. 1987, *Hälsans mysterium*, Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur, 254 s.

Ashorn, Ulla; Henriksson, Lea; Lehto, Juhani & Nieminen, Paula. 2010, *Yhteiskunta ja terveys Klassisia teoreettisia näkökulmia*, Helsinki: Gaudeamus, 237 s.

Beck, Cornelia; Rawlins, Ruth & Williams, Sophora. 1984, *Mental Health – Psychiatric Nursing A holistic life-cycle approach*, St. Louis: The C.V. Mosby Company, 1518 s.

Eriksson, Katie. 1992, *Broar Introduktion i vårdvetenskaplig metod*, Åbo: Institutionen för vårdvetenskap, 331 s.

Holm, Ulla. 1987, *Empati Att förstå andra människors känslor*, Stockholm: Natur och Kultur, 188 s.

Jacobsen, Dag Ingvar. 2007, *Förståelse, beskrivning och förklaring Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*, Lund: Studentlitteratur, 316 s.

Jeppson Grassman, Eva. 2003, *Anhörigskapets uttrycksformer*, Lund: Studentlitteratur, 221 s.

Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend. 2009, *Den kvalitativa forskningsintervjun*, Andra upplagan, Lund: Studentlitteratur AB, 370 s.

Lazarus, Richard S. & Folkman, Susan. 1985, *Stress, appraisal and coping*, New York: Springer Publishing Company, 445 s.

Sand, Ann-Britt M. 2002, *Anhörigvård arbete – ansvar – kärlek – försörjning*, Lund: Studentlitteratur, 232 s.

Sarvimäki, Anneli & Stenbock-Hult, Bettina. 1996, *Vård. Ett uttryck för omsorg*, andra upplagan, Stockholm: Liber AB, 152 s.

Dagstidningar

Nylander, Mikaela. 2011, Välkommen flexibilitet för närståendevårdare, *Hufvudstadsbladet*, 5.2.2011.

Surakka, Jukka & Stenbock-Hult, Bettina. 2010, God närståendevård måste få kosta, *Hufvudstadsbladet*, 25.10.2010.

Elektroniskt material

E-tidskrifter

Andren, S. & Elmstahl, S. 2008, The relationship between caregiver burden, caregivers' perceived health and their sense of coherence in caring for elders with dementia, *Journal of Clinical Nursing*, 2008 Mar; 17(6): s. 790-809, Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite, Hämtad 28.1.2011.)

Fledderus, Martine; Bohlmeijer, Ernst; Smit, Filip & Westerhof, Gerben. 2010, Mental health promotion as a new goal in public mental health care: a randomized controlled trial of an intervention enhancing psychological flexibility, *American Journal of Public Health*, 2010 Dec; 100(12): s. 2372-2378. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite, Hämtad 05.05.2011.

Gottlieb, BH. & Rooney, JA. 2004, Coping effectiveness: determinants and relevance to the mental health and affect of family caregivers of persons with dementia. *Aging & Mental Health*, 2004:Jul; 8(4): s. 364-373, Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite, Hämtad 28.1.2011.

Herrera, Angelica P.; Lee, Jerry W.; Nanyonjo, Rebecca D.; Laufman, Larry E. & Torres-Vigil, Isabel. 2009, Religious coping and caregiver well-being in Mexican-American families, *Aging and Mental Health*, 2009 Jan; 13(1), s. 84-91. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite, Hämtad 05.05.2011.

Majerovitz SD. 2007, Predictors of burden and depression among nursing home family caregivers, *Aging & Mental Health*, 2007 May; 11(3): s. 323-329, Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite, Hämtad 28.1.2011.

Man, D. 2002, Family caregivers' reactions and coping for persons with brain injury, *Brain Injury*, 2002 Dec; 16(12), s. 1025-1037. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite, Hämtad 05.05.2011.

Salin, S.; Kaunonen, M. & Astedt-Kurki, P. 2009, Informal carers of older family members: how they manage and what support they receive from respite care, *Journal of Clinical Nursing*, 2009 Feb; 18(4): s. 492-501, Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite, Hämtad 28.1.2011

Yun-Hee, Jeon; Brodaty, Henry; O'Neill, Colleen & Chesterton, Jon. 2006, "Give me a break" – respite care for older carers of mentally ill persons, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2006 Dec; 20(4): s. 417-426. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite, Hämtad 05.05.2011.

Öppet material tillgängligt på internet

FINLEX. 2005. *Lag om stöd för närståendevård 2.12.2005/937*, Publicerad 2.12.2005, Tillgänglig: <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2005/20050937> Hämtad 8.2.2011

ICN. 2006, *The ICN Code of Ethics for Nurses*, publicerad 2006, tillgänglig: <http://www.icn.ch/about-icn/code-of-ethics-for-nurses/>, hämtad 1.9.2011.

Mental Health Europe. 2009, *Conceptual framework*, publicerad 29. november 2009, tillgänglig: <http://www.mhe-sme.org/our-work/mental-health-promotion-and-prevention-of-disorders/conceptual-framework.html> Hämtad 03.01.2011

Omaishoitajat ja Läheiset –Liitto ry. 2010-2011, *Tiedä, taida, selviydyt... 2010-2011 Palveluopas omaishoitajille, vammaisille, pitkäaikaissairaille ja ikääntyville*, 14. upplagan, 64 s. Tillgänglig: <http://www.omaishoitajat.com/files/palveluopas.pdf> Hämtad 8.2.2011

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 2004, Selvityshenkilö Elli Aaltosen ehdotukset Valtakunnallinen omaishoidon uudistaminen, publicerad 30. mars 2004, tillgänglig: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3790.pdf&title=Valtakunnallinen_omaishoidon_uudistaminen_fi.pdf Hämtad 21.2.2011.

Statistikcentralen: Finlands officiella statistik. 2009, Befolkningsprognos, publicerad 30.9.2009, tillgänglig: http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tie_001_sv.html Hämtad 21.2.2011.

WHO. 2009, *Mental health: a state of well-being*, publicerad i oktober 2009, tillgänglig: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/index.html Hämtad 01.03.2011

BILAGOR

Bilaga 1: Tabell över tidigare forskning

Bilaga 2: Blankett om informerat samtycke

Bilaga 3: Tabell över citat för kategorin “balans och flexibilitet”

Bilaga 4: Tabell över citat för kategorin “enhetlig livsåskådning”

Bilaga 5: Tabell över citat för kategorin “förmågan att hantera påfrestningar”

Bilaga 6: Tabell över citat för kategorin “varseblivning som inte förvrängs av behov”

Bilaga 7: Tabell över citat för kategorin “empati”

Bilaga 8: Tabell över citat för kategorin “behov av hjälp och stöd”

Bilaga 9: Tabell över citat för kategorin “risk för psykisk ohälsa”

BILAGA 1(4): TABELL ÖVER TIDIGARE FORSKNING

FÖRFATTARE	ÅR	RUBRIK	SYFTE	METOD	SAMPEL	RESULTAT
Andrén, S. & Elmstahl S.	2008	The relationship between caregiver burden, caregivers' perceived health and their sense of coherence in caring for elders with dementia	Undersöka sambandet mellan börda, upplevd hälsa och känsla av sammanhang hos närstående-vårdare till dementa patienter.	Kvantitativ, enkät	130 st. närstående-vårdare	Det fanns ett starkt samband mellan upplevd börda (framför allt isolering, besvikelse, emotionellt engagemang och upplevd hälsa och känsla av sammanhang.
Fledderus, Martine; Bohlmeijer, Ernst; Smit, Filip & Westerhof, Gerben	2010	Mental health promotion as a new goal in public mental health care: a randomized controlled trial of an intervention enhancing psychological flexibility	Undersöka ifall man med en intervention kunde öka på den psykiska flexibiliteten och därmed även åstadkomma en högre nivå av positiv psykisk hälsa.	Intervention	93 personer, av vilka 49 st. sattes i interventionsgruppen och 44 st. i en kontrollgrupp.	Interventionen ökade den psykiska flexibiliteten och upplevdes av individerna bidra till en bättre psykisk hälsa.
Gottlieb, BH. & Rooney, JA	2004	Coping effectiveness: determinants and relevance to the mental health and affect of family caregivers of persons with dementia	Undersöka sambandet mellan närståendevårdares upplevelser av coping-metoders effektivitet och deras känsloläge och mentala hälsa	Kvantitativ, strukturerade intervjuer	141 st. närståendevårdare	Inställningen till vård situationen visade sig vara mer avgörande för den mentala hälsan och känsloläget än vilken specifik copingmetode som användes.

Herrera, Angelica P.; Lee, Jerry W.; Nanyonjo, Rebecca D.; Laufman, Larry E. & Torres-Vigil, Isabel	2009	Religious coping and caregiver well-being in Mexican-American families	Undersöka ifall olika slags religiösa och spirituella coping-metoder hade inverkan på den mentala hälsan hos latinamerikanska närståendevårdare till personer med långvariga handikapp.	Kvantitativ, strukturerade intervjuer	66 st. närståendevårdare inom den latinamerikanska populationen	Religiositet som utövas tillsammans med andra har en positiv inverkan på den mentala hälsan. Inte samma inverkan av religiositet som utövas individuellt,
Majerovitz S.D.	2007	Predictors of burden and depression among nursing home family caregivers	Undersöka vilka faktorer som kan associeras med högre nivå av upplevd börda och depression hos närståendevårdare till patienter på vårdhem.	Kvantitativ, strukturerade intervjuer.	103 st. närståendevårdare	Depression uppkommer främst hos närst.vårdare med dålig fysisk hälsa och dålig inkomst. Ett otillräckligt stöd från omgivningen ledde till större upplevd börda.
Man D.	2002	Family caregivers' reactions and coping for persons with brain injury	Undersöka vilken inverkan en hjärnskada har på hela familjen samt vilka faktorer som kan leda till en positiv coping i familjen.	Kvalitativ, intervjuer	50 familjemedlemmar till personer med hjärnskada.	Efter den initiala shocken och sorgen utvecklades metoder för att bättre hantera situationen såsom positiv framtidssyn, stark motivation, kontroll samt flexibilitet.

Salin, S.; Kaunonen, M. & Astedt-Kurki, P	2009	Informal carers of older family members: how they manage and what sup- port they receive from respite care	Beskriva närstå- endevårdares copingstrategier samt deras upp- levelser av av- lastningsvård.	Kvantitativ, struktur- erade enkäter	143 st när- ståendevår- dare som använder sig av avlastande vårdservice	Vanligaste copingmeto- den var problem lösning. Optimism e- betydelsefull drivkraft vårdandet. Avlastand- vården sågs som stress hantering, gav tid för e- själv.
Yun-Hee, Jeon; Brodaty, Henry; O'Neill, Colleen & Chesterton, Jon	2006	"Give me a break" – respite care for older carers of men- tally ill persons	Undersöka i vil- ken mån äldre närståendevår- dare till mentalt sjuka personer hade behov av, tillgång till och användning av avlastningsvård	Kvalitativ, halv- struktur- erade in- tervjuer, enkäter, fält- antecknin- gar	26 st. men- talvårds- profes- sionella, 21 st. när- ståendevår- dare, 25 st. profes- sionella inom avlast-	Erfarenheterna av av- lastnings-vården främs positiva. Avlastnings- vården dock inte till gänglig för alla. Foku- lades främst på avlast- nings-vårdens inverka- på den vård-behövande.

BILAGA 2: BLANKETT OM INFORMERAT SAMTYCKE

Bästa informant,

vi vill varmt tacka Er för Ert deltagande i vårt examensarbete. Med vårt examensarbete bidrar vi till Sufacare-projektet som pågått i Finland och Estland i tre år. Syftet med denna intervju är att få information gällande närståendevårdarnas mentala hälsa ur olika synvinklar.

SUFACARE –supporting Family Caregivers and Receivers är ett projekt där man forskat närståendevårdarnas hälsa i Finland och Estland. Projektet leds av projektchef Jukka Surakka. Målet med projektet är att få svar på hurdana behov närståendevårdarna har gällande socialt deltagande, deras resurser och erbjudet socialt stöd, deras upplevda mentala hälsa, samt deras fysiska välmående och omgivning.

Vi vill påminna Er om att deltagandet är frivilligt och kan avbrytas i vilket skede som helst. Vi kommer att använda bandspelare i intervjun. Er anonymitet kommer att säkerställas i forskningen, Ert namn nämns inte på banden och antecknas inte på den utskrivna intervjun. Det insamlade materialet kommer att förvaras i Arcada och inga obehöriga får ta del av det.

Jag har fått tillräcklig information gällande projektet, förstått informationen och deltar frivilligt.

Datum och ort

Namn

Ta gärna kontakt efter intervjun om det är något Ni vill fråga eller tillägga.

Med vänliga hälsningar, vårdstuderanden Kristina Leppäkoski 050-5144232, Sara Laitinen 0407678581, Anna Abrahamsson 04573421410.

Projektchef: Jukka Surakka

Handledare: överlärare Bettina Stenbock-Hult tel.nr: 040-5104389

BILAGA 3(2): TABELL ÖVER CITAT FÖR KATEGORIN ”BALANS OCH FLEXIBILITET”

MENINGSENHET	UNDERKATEGORI	KATEGORI
<p>Det att man får besök av barnbarnen eller går och hälsar på och så läser man sagor eller leker med dem eller nånting sånt där. Det ersätter nog en hel del. (A1)</p> <p>Så idag är det nånting annat som man gräver ner sig i. Det kan vara fotografering. Det kan vara, när vi har stor trädgård, växter och plantering eller nånting sånt där. I synnerhet sommartid. Det är en sån där balanserande faktor. (A1)</p> <p>Nå först och främst så gäller det ju att sköta om sig själv alltså man måste få sova, annars orkar man inte alls. (K2)</p> <p>En sak som jag delvis håller på med ännu är en grej som heter benchmarking... (S1)</p> <p>Nee men jag har ett intresse som jag tror att är ganska hälsosamt och det är bridge. (S1)</p> <p>Om man nu tänker på vad som kan vara bra så det där att ha en egen hobby som är nånstans alldeles på något annat håll. Som ger en helt andra kvaliteter och impulser. Det tror jag är jätte viktigt! (S2)</p> <p>Först och främst betyder det att ha sovit. (S2)</p> <p>Och sen är det nog konstnärliga upplevelser som är, en god film kan ju verkligen göra en balanserat för en lång tid framåt. (S2)</p> <p>... naturen är ju nog det allra finaste. Att komma ut till stränderna, eller i skogen eller... (S2)</p> <p>Och på motsatt sätt så gör den här hästen väldigt gott också, inte bara åt min rygg utan också åt psyket. (S2)</p> <p>... men en såndän sak som att fara iväg och rida och vara totalt avkopplad. Det är väldigt skönt. (S2)</p>	Motvikt till vårdandet	Balans och flexibilitet

<p>Så är det nog genom ridningen, gymnastiken, jag försöker göra lite pilates, sånhäna hemmagjorda olika övningar för ryggen. Och sen försöker jag meditera. (S2)</p> <p>-----</p> <p>Och sen får man ge efter lite i vissa saker. (A1)</p> <p>...vi har nog tills vidare nån balans... (A1)</p> <p>Men när det gäller större saker så kanske hon dels får ge efter och tillsvidare har hon gjort det utan att motsäga det alltför mycket. (A1)</p> <p>... att om det blir för mycket av det så ger hon alltid efter. (A1)</p> <p>Men jag är inte heller sådär hemskt benägen att ha egen tid. Det har alltid varit liksom på det sättet att vi har kommit samfällt framåt. (A2)</p> <p>Men det har nog gått hittills att vi har kunnat diskutera oss till att det har blivit bättre. (A2)</p> <p>...jag har nåt ställe jag ska gå till så kan jag vara borta en stund, att det är nu inte... Inte skulle jag säga ännu att det har på nåt sätt satt stopp i hjulen för mig. Nog har jag fått ut det jag velat ha. (A2)</p> <p>Men alltså nån sade att du måste tänka på dig själv att du måste leva ditt eget liv också, men mitt liv var att sköta om min man (...) Inte hade jag nån önskan heller att ha nåt eget liv eller gå på konserter eller utställningar... K2</p> <p>Jag har inte haft några andra behov över huvudtaget, bara att få lite mat i magen, inga andra behov så att jag har inte behövt någonting. Jag matar honom och äter med samma sked så klarar vi oss. (K2)</p> <p>Så har jag hjälp av henne (nickar mot frun), nog vet hon att det gäller för henne också att kämpa för att klara sig liksom. Lika mycket som för mig. (S1)</p> <p>Det blir 50-års bröllopsdag om ett år och det där... Jag tror att</p>	<p>Balans mellan olika behov</p>	
---	----------------------------------	--

<p>vi kan varandra ren. Ungefär. (S1)</p> <p>Nä, nog kan jag hjälpa ganska bra... Och sen vet hon också att sen får hon inte mera hjälp när det... (S1)</p> <p>-----</p> <p>Inte går jag runt och grunnar på det, det skulle inte vara nyttigt. (A1)</p> <p>Så nog kan man känna sig hopplös i en sån situation, men det är övergående. (A1)</p> <p>Då kan man ibland känna sig lite irriterad, men inte har jag känt mig helt hopplös. (A1)</p> <p>Det sköter sig ganska bra själv. Bara man lyckas välja bort det som är minst viktigt... A1</p> <p>Tills vidare har vi klarat oss skulle jag säga ganska bra, men nog kanske det skär sig ibland, att vi har lite olika meningar och då kan det bli lite downperioder. Men tills vidare har det gått tillbaka. (A2)</p> <p>...tills vidare har det gått tillbaka till det trögt flytande. (A2)</p> <p>Så det kan vara lite så här kollisioner med vårt prat, men det reder nog upp sig. (A2)</p> <p>...då har jag gråtit och sagt att det här går inte, jag orkar inte mera, jag är helt slut. Och sen orkar man igen sen, så går det igen. (K2)</p> <p>Det är det ju nog stressigt ibland, väldigt stressigt, men allt går över. (K2)</p> <p>Nå förstås kan det vara nån liten stund på det sättet som det känns som om allt faller över en, men hittills har det alltid gått över (skratt). (S2)</p>	<p>Tilltro till framtiden</p>	
---	-------------------------------	--

BILAGA 4(2): TABELL ÖVER CITAT FÖR KATEGORIN "ENHETLIG LIVSÅSKÅDNING"

MENINGSENHET	UNDERKATEGORI	KATEGORI
<p>Nog kan man väl säga det att när man har bott ihop med den äkta hälften så här länge, så förhållandet ändras nog med tiden. Så när man tänker efter att man ska hjälpa till med skötsel och så, så visst är det en viss plikttrogenhet där. Så inte vet jag om man ska säga att det är kärlek. Man är fäst vid en person, det är som en plikt. Att man sköter saker. (A1)</p> <p>Nog är jag den som ställer upp för andra och har gjort det hela mitt liv. (A2)</p> <p>Det kommer nog allt inifrån. Jag har inte nån sån plikt känsla att jag måste göra det här, utan det kommer nog bara inifrån. Det hör till. (A2)</p> <p>Man har sina bestämda saker som måste göras alla dar och så ställer man upp på det. (A2)</p> <p>När partnern blir sjuk så tar man ju hand om dom. (...) Så det var liksom inget svårt beslut på något sätt. (A2)</p> <p>...tradition som jag vet att vi har haft i min familj och släkt att man tar hand om varandra, det har nog varit liksom viktigt. Att liksom ännu mer än vad jag förmår att man verkligen in i det sista skötte sina anhöriga oberoende av ålder. (K1)</p> <p>När vi gifte oss så kom vi överens om en sak och det är att vi delar jobbet så där 50/50. Hon gör maten och jag gör skat- tedeklarationen (skämtsamt). (S1)</p> <p>Det fanns inte så mycket val när... det där frun blev sjuk. (S1)</p> <p>-----</p> <p>...så uppriktigt så tycker jag VÄLDIGT mycket om min mamma att vi har alltid haft ett väldigt gott förhållande och hon har gjort väldigt mycket för mig. (K1)</p> <p>Min man, då när man har gift sig så har man lovat att stöda i nöd och lust så det har varit min uppgift och det har jag gjort så bra som jag bara kunnat och av och med kärlek. (K2)</p> <p>Riktig kärlek är det när det är svårt och en är sjuk att man verkligen då gör sitt bästa för att hjälpa en. Så anser jag. (K2)</p> <p>...kärlek, kärlek är ju störst. Kärlek så om man har det, så gör man ju vad som helst, springer fast världen runt om det är det som behövs. (K2)</p> <p>Så länge hon hålls vid liv och ger mig mat så vad mer kan man önska sig (skrattande)? Jag får en tillik varje dag. (S1)</p> <p>Det har varit ett sällsynt gott sällskap, vi har upplevt en hel</p>	<p>Ansvarskänsla</p> <p>Tillgivenhet</p>	<p>Enhetlig livsåskådning</p>

<p>del tillsammans. (S1)</p> <p>En sån här grundläggande mening är ju just vår gemenskap. Att förutom att vi är gifta med varandra så har vi en väldigt grundläggande sån här... Ett förtroende och en vänskap också. (S2)</p> <p>Inte är det ju nånting annat än min tillgivenhet. (S2)</p> <p>-----</p> <p>Nog är det väl familjen och barnen som är det viktigaste (...) Familjen och barnen och närvaron, att vara tillsammans med folk. (A1)</p> <p>...min familj att dom har hälsa och att dom mår bra och det där att min mamma mår någorlunda bra... (K1)</p> <p>... de här fina och glada stunderna då jag ser att min mor är nöjd med tillvaron och den här responsen som jag upplever att jag får... (K1)</p> <p>Och sen naturligtvis barnen! Hur de klarar sig. (S2)</p> <p>-----</p> <p>Och sen tänker jag nog väldigt mycket på hur jag själv skulle vilja eftersom jag inte längre är ung. (K1)</p> <p>...jag försöker göra det som jag önskar att en annan gör för mig. (K1)</p> <p>...sen är det också väldigt viktigt att man har en tillit till att livet bär att man får hjälp också att det finns änglar och det finns bön och det finns krafter som man får från himlen och det behövs. (K2)</p>	<p>Familj och gemenskap</p> <p>Kristna världen</p>	
--	--	--

BILAGA 5(4):TABELL ÖVER CITAT FÖR KATEGORIN "FÖRMÅGAN ATT HANTERA PÅFRESTNINGAR"

MENINGSENHET	UNDERKATEGORI	KATEGORI
<p>Som när min fru fick sin första hjärninfarkt. Det hara aldrig hänt tidigare och man vet liksom inte hur man ska bete sig. (...) Det är bara att lära sig. (A1)</p> <p>... därför att man har vuxit in i det på det sättet att det har gått stegvis, ska vi säga åt sämre håll då, för hans del. Men det har kommit så småningom alltid till, så inte har jag upplevt på det sättet svårt inte. (A2)</p> <p>Jo nog kommer det så småningom, att förstås kan man ju tycka att när nånting helt nytt kommer in att hoho, hur ska det här gå? Men nog är det så att man blir slipad, att man klarar av det. (A2)</p> <p>Sen tror jag också att man växer till uppgiften... (K2)</p> <p>Och sen småningom småningom småningom, så processen har varit så lång. Så anpassningen har också varit lång. Men visst är det svårt... (S2)</p> <p>-----</p> <p>Det är kanske så att det kommer att öka med tiden möjligen. Med ökad demens. Att det blir svårare att få klarhet i sakerna. (A1)</p> <p>...det skulle vara orsak att reda ut det med de instanser som bjuder hjälp åt min fru för tillfället, så skulle man vara beredd. (A1)</p> <p>Kanske det ännu finns många saker som man ännu inte stött på som man ser senare (tystnad). (A1)</p> <p>Så antagligen kommer det gå så att man är tvungen att lämna nånting och koncentrera sig mera på andra saker. Får se hur mycket man kan välja i fortsättningen. (A1)</p> <p>Ja, det blir svårare nu om demensen utvecklas att hon har svårare att uttrycka vad hon vill, då blir det mycket svårare. (A1)</p> <p>...kanske den dagen kommer som man borde bli avlastad själv lite också för att orka med allting. (A2)</p> <p>Den dagen kanske kommer. (...) Om man inte orkar själv och den andra blir i sånt skick att, att... det behövs omvårdnad och man inte klarar av det hemma. Så då är det ju en ny fråga där framför. (A2)</p> <p>Än så länge går det. Nog kommer det väl en tid... I något stadium kanske man måste flytta in nånstans... (S1)</p>	<p>Växa till uppgiften</p> <p>Förutspående ångest</p>	<p>Förmågan att hantera påfrestningar</p>

<p>... men jag tror nog det kommer en dag när jag måste få någon avlönad person som kan komma. Eller alternativt intervallvård... (S2)</p> <p>-----</p> <p>Och vi är aktivt med i en pensionärsförening och där i den gruppen finns flera personer som visar intresse och håller kontakten och på det sättet stöder. (A1)</p> <p>Jo det finns nog inom vänskretsen såna som är mycket vänligt inställda och gärna ger stöd och visar intresse för situationen. (A1)</p> <p>... åtminstone i vår bekantsskrets så finns det människor som har erfarenheter och som är villiga att berätta om saker. (A1)</p> <p>Det är nog främst min man som stöder. (K1)</p> <p>Alltså hemvården är ju involverad i det här... (K1)</p> <p>Och så har jag en väninna som jag också kan vara väldigt så här uppriktig och rak med i och med att hon varit i en liknande situation, men hon är mycket utomlands så det begränsar. (K1)</p> <p>... och det andra är min man! Skulle han inte finnas med som stöd så sku jag inte orka, inte en dag. (K1)</p> <p>Den där kursen som jag gick på som Folkhälsan ordnat så var jag mycket nöjd över. (K1)</p> <p>Jag brukar säga till min man att nu kommer du bort från datorn att nu måste du lyssna på mig. Som du märker så har jag lätt för att tala, jag brukar tala ut mig. (K1)</p> <p>Ja jag har en syster fast hon bor inte i Hesa, hon ringer varje dag och frågar hur det går. (K2)</p> <p>Och så har jag vänner som har ringts. (K2)</p> <p>Jo, jo allt möjligt Alzheimer association... (K2)</p> <p>Min syster var en sänkhär som kom tre dagar i månaden och skötte om honom och sen kom det en socialarbetare sporadiskt än åtta timmar ungefär i månaden så att jag kunde gå till tandläkare eller nåt så kom hon och sitta med min man här. (K2)</p> <p>Vi har sökt lite olika slag av hjälp. Direkt ekonomiskt alltså. (S1)</p> <p>Då hade vi hemsjukhus här... (S1)</p> <p>Eller jo vi har en städerska... (S1)</p> <p>... en sådan där Waldenström patientförening... (S1)</p> <p>Jo jag har sedan ett år tillbaka det här lägsta närståendevarðarbidraget. (...) Det hjälper ju nog ekonomin</p>	<p>Att be om hjälp och stöd</p>	
---	---------------------------------	--

<p>eftersom man som sagt inte arbetar på samma sätt som man kanske annars sku göra... (S2)</p> <p>Just nu är det vår son som kommer och hjälper ibland. (S2)</p> <p>Och sen har jag goda vänner som jag kan prata med, det har jag faktiskt... (S2)</p> <p>Hittills så har vi lyckats med släktingars, barnens och andra släktingars hjälp, så där någorlunda fixa det... (S2)</p> <p>-----</p> <p>Livet är sånt, om man ska bo tillsammans och klara av det så måste man helt enkelt... Klara av det. (A1)</p> <p>... så det är ju liksom på mig nu, det som vi har delat på förut. (A2)</p> <p>Det har gått bättre och bättre i och med att man fått mera rutin, man klara av det mesta sen... (K2)</p> <p>...man klarar av det mesta nog, bara man det där måste, bara man är i den situationen. (K2)</p> <p>För mig var det otänkbart att lämna honom, jag skulle aldrig ha kunnat sätta in honom på en anstalt eller ett sjukhus... (K2)</p> <p>Han har fått det ena och det andra liksom och hamnat på sjukhus, men jag har alltid hämtat honom hem så fort som möjligt, jag vill inte ha honom nästan länge borta för han blir bara sämre, han mår bäst hemma. (K2)</p> <p>Men när man klarar av allt det här så att det börjar vara under kontroll... Det finns en och annan sak man klarar av... (S1)</p> <p>Ganska långt har vi klarat oss själva hittills... (S1)</p> <p>Jag sku säga att jag sku ju definitivt inte vilja lämna honom i andra händer, min egen man, det är alldeles klart. (S2)</p> <p>... saker som i sin tur gör att jag inte vågar lämna honom ensam på kvällarna. (S2)</p> <p>... jag tror att man kan göra själv mycket mera. (S2)</p> <p>... jag tror att man kan göra ganska mycket genom att A: få så mycket konstnärliga upplevelser som möjligt (...) och B är sen motion (...) och det tredje är att lära sig (...) att ge massage, huvud-, nack- och ryggmassage. (S2)</p> <p>Och jag försöker kämpa en sånhan liten kamp för alternativ vård (...) Vi gick till exempel på akupunktur en tid, alltså min man (...) det tycker jag borde vara något som man sku ta fast på. För om man kan med örtmediciner, med akupunktur, med akupress, med sånähäna saker. Om inte totalt stoppa, så åtminstone bromsa upp ett sjukdomsförlopp så borde man ju rimligtvis försöka. För det är ju ofarliga saker. (S2)</p> <p>Försökt praktisera shiatsu-massage till exempel, ge just åt min</p>	<p>Ta kontroll</p>	
--	--------------------	--

<p>man. (S2)</p> <p>-----</p> <p>... klart när man motiverar de här sakerna att de stora sakerna måste skötas, så får de mindre ge efter. (A1)</p> <p>Bara man lyckas välja bort det som är minst viktigt. (A1)</p> <p>Nåjo, man lämnar bort saker då man inte hinner med, helt enkelt. Då hinner man med det andra.</p> <p>Vi har kommit så långt nu att vi har några ställen som, då sätter vi helt enkelt Ferrarin (hänvisar till rollatorn) bak i bilen och så kör vi dit. (S1)</p> <p>... vi har till hennes förfogande står en Cadillac, den är för innebruk och sen har vi en Ferrari och med den kör vi utanför (pekar på två rollatorer). (S1)</p> <p>Vi är överens, jag har till och med skaffat mig en egen lite nalle (visar sin mobiltelefon) som jag går omkring med om jag kommer ihåg, så hon vet att hon kan ringa mig... (S1)</p>	<p>Problemlösning och prioritering</p>	
---	--	--

**BILAGA 6(2):TABELL ÖVER CITAT FÖR KATEGORIN "VARSE-
BLIVNING SOM INTE FÖRVRÄNGS AV BEHOV"**

MENINGSENHET	UNDERKATEGORI	KATEGORI
Men det är ju det att han är så snäll av sig att man på så sätt inte tar sig, det är nog många som har det mycket sämre än vad jag har det... Som verkligen har såna som ställer allt på sin spets. (A2)	Tacksamhet	Varseblivning som inte förvrängs av behov
...att jag ändå inte har det så illa ställt, det kunde ju vara värre. (K1)		
Ibland känner jag mig liksom jätte privilegerad till och med när jag tänker så här, orkar tänka positivt. Jag har ändå en mamma som är 98 år gammal och har fått leva så länge och som jag vet att har fått ha ett relativt bra liv... (K1)		
Vi har väldigt ofta haft en skyddsängel med oss... (K1)		
...och han kan har riktigt bra dagar och sitta här just i den där stolen och njuta av musiken... (K2)		
Så jag har pysslat med en hel del saker i livet... Och ganska roligt har det varit. (S1)		
Nä... Inte ännu (skrattar). Jag får ju mat också (skrattar). (S1)		
...hon går ju och det är ju bra liksom... (S1)		
... att det finns förskräckligt mycket positivt att ta vara på, till exempel det att min man är en exemplarisk patient. God och tålmodig. (S2)		
Men å andra sidan så är det här det bästa tänkbara när det är sådana omständigheter att man inte orkar sköta trädgårdar och snöskottning och sånt mera. (S2)		
Men annars tycker jag ju att det är mycket som är alldeles bra som det är. (S2)		

Med åldern kommer det oväntade saker och man kan inte göra så mycket åt det, bara anpassa sig. Då man inte kan veta på förväg när det kommer. (A1)	Livets gång	
Det enda som man börjar inse är att det kommer gå en hel del tid och som sagt, då är man tvungen att välja bort nånting och eftersom man inser att detta är en naturlig process i ålderdomen, så inte är det så mycket att acceptera här. (A1)		
Så det kommer att förändras och det kan man inte göra nånting åt, man måste anpassa sig. (A1)		
Så när det nu har skett mindre eller större efter det så har man mera börjat godkänna att det är sånt som kan komma, det är		

<p>sånt man måste ta. (A1)</p> <p>Frisk blir hon aldrig, den saken har jag accepterat... (S1)</p> <p>Nåjo det är ju färre dagar framför oss än vad det är bakom oss, det kommer man ju inte heller ifrån. (S1)</p>		
--	--	--

BILAGA 7(2):TABELL ÖVER CITAT FÖR KATEGORIN "EMPATI"

MENINGSENHET	UNDERKATEGORI	KATEGORI
<p>Inte kan man veta när man betar sig på rätt sätt och inte klarar man heller alltid av det. Men man måste försöka. (A1)</p> <p>... och om hon inte kan uttrycka sig och visa vad hon vill så då är det väldigt svårt att veta hur man ska vara rättvis och göra de rätta sakerna. (A1)</p> <p>Har man valt en sån lösning att hon får sin vilja igenom tillräckligt mycket eller att hon får sin tid... (A1)</p> <p>Det som kanske är, är att om hon är känsligare för mina reaktioner så kan det vara illa om hon har lättare i dagens läge att bli deprimerad för samma saker som hon har klarat av bättre tidigare. Jag får vänja mig lite vid att hålla tyst och inte alltför lätt ge mig in på svåra diskussioner. (A1)</p> <p>Nå, inte går det alltid. Nog händer det fall då man betar sig tönigt. Och det kan ju sen leda till lite deppigt beteende från andra halvan. (A1)</p> <p>...jag måste ge mer tid, mycket mer tid åt min fru för det kommer nog inte att lyckas annars. Och ta i beaktande och kunna se de problem som hon har och kunna hjälpa... (A1)</p> <p>Nå, om i det här fallet han är på hemskt dåligt humör måste man ju försöka få upp, eller bort ska man väl säga, trycket. (A2)</p> <p>Men att sen lämna henne ensam där, så det är just så där att sen börjar man få dåligt samvete... (S1)</p> <p>-----</p> <p>Det skulle nog vara bra att ha lite andra gamla farbröder att diskutera med. (A2)</p> <p>...man måste också vara lycklig för hans skull, att han har fått vila och frid. (K2)</p> <p>När han hade magnetbälte och låg där och kunde inte ens vända på sig, ligga på det där viset så det kunde jag inte se, utan då sade jag att jag vill ha honom hem. (K2)</p> <p>Nåja, så hon har nu haft... Med det där lever hon ännu idag... (S1)</p> <p>...om inte hon får gå där så mår hon illa. (S1)</p> <p>Och man blir ju, när hon annars också, hon är ju en ganska tapper kvinna (pekar på sin fru), det kommer man inte ifrån, så att hon tål nog både det ena och det andra, men sånt där mottagande så... (S1)</p> <p>Och dessutom så gör de honom jätte gott. Det är klart att det är dötrist att sitta här inne ensam så mycket. (S2)</p>	<p>Ta i beaktande</p> <p>Medkänsla</p>	<p>Empati</p>

Men nog tycker han också att det är skönare, att när det i synnerhet kommer en ny människa in i livet, att han kan tala på svenska... (S2)		
--	--	--

BILAGA 8(3):TABELL ÖVER CITAT FÖR KATEGORIN ”BEHOV AV STÖD OCH HJÄLP”

MENINGSENHET	UNDERKATEGORI	KATEGORI
<p>Men om det skulle finnas grupper som har liknande erfarenheter, där man kan tala i grupper, då kanske det skulle vara lättare då man ser att alla har stött på samma problem, eller att det är bekant för alla. (A1)</p> <p>Ja av professionella väntar man sig att få, att man kan dela livserfarenheter eller liknande situationer. (A1)</p> <p>Så då känns det så här ibland att det finns behov att prata... (men jag tror nog att det viktigaste är att man i första hand lyckas öppna liksom henne så att man kan prata så man ser hur hon ser sin egen situation) (A1)</p> <p>Jaa... Inte skriva ut tabletter (skratt). Men att det där kanske det mest skulle vara att få prata om saker som far runt där i huvudet på en. Det skulle säkert vara ganska välkommet. (A2)</p> <p>Nå kanske också med en sån som är i samma situation skulle ha mycket att ge den andra. (A2)</p> <p>Jag skulle gärna delta i någon grupp för anhöriga, dela med mig och få höra andras erfarenheter och sånt, det är något som jag gärna skulle göra. (K1)</p> <p>Sitta och lyssna, det är ju väldigt viktigt att ha någon som lyssnar och förstår och det kan ju hända att det är bara någon som förstår som har gått igenom det. (K2)</p> <p>-----</p> <p>Möjligen skulle man behöva sån hjälp att man får tala om sin situation och hitta personer som vet hur det i allmänhet går till, vilka problem man kan stöta på och hurdana situationer, och få råd. Att få råd på basen av erfarenhet. (A1)</p> <p>...ge råd av erfarenheter. (A1)</p> <p>Man får ju hoppas att samhället ser helheten. (A1)</p> <p>... också sånt här att, det kommer alltid sjukdomsfall och ju äldre man blir ju mer skulle man behöva fråga lite mer om sånt också. (A2)</p> <p>Ibland skulle det vara jätte skönt att ha nån expert på just den här sjukdomen som hon har, nån som man skulle väldigt lätt få tag på just då när jag känner mig maktlös. (K1)</p> <p>-----</p> <p>...jag har förstått att det finns sånhär... Dagvård, dit man kan komma tillsammans med andra. Jag menar inte alla dagar i veckan, men alltid nån dag så kommer man lite ut från det här</p>	<p>Emotionellt stöd</p> <p>Information</p> <p>Avlastning</p>	<p>Behov av stöd och hjälp</p>

<p>hemma. (A2)</p> <p>Så då kanske det skulle vara bra med en sån här vän som kommer och håller honom sällskap då jag måste iväg. Vän- jänst eller nåt sånt. (A2)</p> <p>...att få hjälp i sånhäna konkreta vardagssituationer. (K1)</p> <p>Och sen ännu konkret hjälp, jag har det i viss mån, men just inför resor och sånt, avlastning. (K1)</p> <p>Så att om någon skulle ha kommit och varit 3-4 timmar och att jag skulle ha varit fri och kunnat göra nånting. Gå ut och gå, eller gå till tandläkaren eller annat. Annars skulle jag inte ha behövt nånting, men det skulle ha varit till stor hjälp. (K2)</p> <p>... vi fick t.ex. ett brev hem från socialverket om någon till- ställning för närståendevårdare att ni kan komma hit och vi har kaffe och gymnastik och grejer. Hur skulle jag kunna gå dit när jag inte kan gå ut hemifrån? Så jag gick ju aldrig på något, jag bara tittade på deras papper att ajjaha dom vill ha mig dit på gymnastik (...) dom skulle ha sagt i brevet att vi skickar en människa dit och ersätta er och ni kan då ta och göra gymnastik eller simma eller nånting sånt. (K2)</p> <p>Städerskan är alldeles bra. (S1)</p> <p>En sån där dröm att man sku ha sjuksköterskor som kommer hem och är trevliga... (S2)</p> <p>... ett system där man får vänliga, positiva och kunniga sjuk- skötare hem till sig. Som kan vara flexibla tider... (S2)</p> <p>Rent praktiskt så handlar det just om det här att ha stöd på kvällarna så att jag kan vara borta. (S2)</p> <p>Och idealet, som jag sade, någon som sku vara så uppskattad av honom också, att jag kan fara bort... (S2)</p> <p>Ha någon människa som han tycker så bra om att det inte är något problem att vara med den personen en vecka eller flera dagar... (S2)</p> <p>-----</p> <p>Ge tid, också om du är stressad så försök att inte visa den där stressen, jobba med den saken. (K1)</p> <p>Och var med med hela din kropp så att kroppsspråket säger det samma. (K1)</p> <p>Lyssna, ställ konkreta frågor, fråga: Hur mår du? Väldigt enkelt, hur känns det och det måste vara jobbigt kan jag tänka och hur ska du klara det och får du nåt stöd och såndära gan- ska vardagliga saker. (K1)</p> <p>Kanske just den här, att se den här helheten i människan och i tillvaron. Och psykets och det fysiskas sammankoppling. (S2)</p> <p>Så en empatisk och positiv inställning är ju ren väldigt my-</p>	<p>Bemötande</p>	
---	------------------	--

<p>cket i sig. (S2)</p> <p>Och inte är ihjälstressad som tycker att man är just den som är för mycket... (S2)</p> <p>... vårdpersonalen är glad och vänlig och positiv. (S2)</p> <p>Och sen om man ännu sen till får det på sitt modersmål så är det naturligtvis ännu bättre... (S2)</p>		
---	--	--

BILAGA 9(4):TABELL ÖVER CITAT FÖR KATEGORIN ”RISK FÖR PSYKISK OHÄLSA”

MENINGSENHET	UNDERKATEGORI	KATEGORI
<p>... en stor del av mitt liv går till det att jag kör henne, sitter och väntar, kör henne hem... Och det betyder ju att det, att det går lite illa på det sättet för att halva mitt liv går till det. (A1)</p> <p>Så att det där kan det sen bli svårt med... Att balansera egen tid... (A1)</p> <p>... nog kanske för mig också om det sen blir så att han inte orkar komma med så har jag svårt att fungera nog. (A2)</p> <p>Nåjo, nog är det helt annorlunda. Vi är hemskt mycket mer hemma... (A2)</p> <p>... men den där samma friheten har jag inte som jag hade tidigare. (K1)</p> <p>Jag måste försöka tänka mera på mig och mitt eget liv... (K1)</p> <p>... men i mitt fall har nog att göra med de här så kallade semestrarna, att de är verkligen svåra situationer (...) hade vi också sen ungdomens tider en dröm och en plan och nu är den väldigt svår att förverkliga i och med den här situationen. (K1)</p> <p>Men nog är det kanske på det sättet att speciellt nu efter pensioneringen när man haft sina drömmar och funderingar och planeringar och sånt häran och allt kanske nu inte har liksom gått så som man har tänkt att kanske en såndän viss (...) besvikelse att det har tyvärr gått tväremot en önskan om total frihet... (K1)</p> <p>... annars så har jag inte rört mig ute, varit bara här hemma med honom. Allt bara gick kring runt honom. (K2)</p> <p>Men de här sista åren så har jag inte kunnat gå på möten när den där (pekar på frun) nära och kära... (S1)</p> <p>Men det finns ju ingen chans att lämna henne på långa stunder, det bara går inte... (S1)</p> <p>Men dit kan man ju inte gå, och inte kan man plocka svamp heller för jag kan inte lämna in henne. Och inte kan man ta henne ut dit i skogen. (S1)</p> <p>Man kan säga att det inte blir så mycket eget liv. (S1)</p> <p>... förut vågade jag inte gå ut. När man inte visste vad som händer med henne. (S1)</p>	Känsla av bundenhet	Risk för psykisk ohälsa

<p>-----</p> <p>Den som fick hjälp vid de här sjukdomsanfallen var ju min fru och tills vidare har jag inte sett några tecken på att jag skulle erbjudas hjälp. (A1)</p> <p>Nej det vet jag inte... (svar på fråga om informanten vet var hon kunde söka hjälp vid behov) (A2)</p> <p>Så på det sättet är det svårt att ha nån att prata om allting med. (A2)</p> <p>A: Har du någon att vända dig till när vardagen känns tung?</p> <p>I: Nej.</p> <p>A: Inte någon att prata med?</p> <p>I: Nej, nej (...) så vi har inga på det sättet några nära här.</p> <p>Så nog blir det mera sällan att umgås med sina gamla bekanta. (A2)</p> <p>Och mina barn har jag faktiskt testat, men det har inte lyckats så bra att jag vill inte belasta dem. (K1)</p> <p>...jag har inte så många vänner här och naturligtvis faller dom ju så småningom bort när den ena är långvarigt sjuk så orkar ju ingen komma och hälsa på... (K2)</p> <p>De har så mycket... (svar på fråga om informanten brukar be hjälp av sina barn) (S1)</p> <p>... också människor som har varit kolleger i årtal som han haft mycket umgänge med, och så plötsligt när han blir sjuk så är de bara bortflugna. (S2)</p> <p>-----</p>	<p>Lämnad ensam åt sitt öde</p>	
<p>Kanske det är vanligt att det är för mycket som man har lovat sig själv eller måste sätta på sin kalender och det kan kännas som en viss stress. (A1)</p> <p>Egentligen vad folk säger ”när man är pensionerad så har man ju tid till vad som helst”, så har man egentligen inte tid till något alls. Så det är nog ett problem att säga stopp nånstans. (A1)</p> <p>Så hon trivs nog gärna också på det sättet hemma, att hon sitter för sig själv, så det är mera en samvetsfråga för mig det där. Att ska jag låta henne sitta för sig själv och använda tiden till något eget eller ska jag försöka aktivera henne och sitta och ta i handen och prata med henne. (A1)</p> <p>... man får dåligt samvete om man lovar åt andra. Så då måste man nog lära sig ännu mera under den återstående tiden hur man säger nej i tid. (A1)</p> <p>Det finns en sak som varit hemskt svår och det är nämligen så att jag inte hör alls på det här örat, och han pratar så hemskt</p>	<p>Stress och samvetsqual</p>	

<p>långt att emellan kan det verkligen... (A2)</p> <p>Jag är själv opererad två gånger för bröstcancer och det är ju lite besvärligt, just nu har jag problem med egna armen... (A2)</p> <p>Nå, kanske mest på det sättet att jag inte har så mycket egen tid mera. (...) Men, så tiden vill inte riktigt hinna till, till allting. (A2)</p> <p>... att jag inte har hunnit, eller ska vi säga orka, göra allt vad jag borde ha gjort. (A2)</p> <p>Att emellan går det riktigt bra och emellan tycker man att allt faller över en. (A2)</p> <p>Jag känner mig ofta både maktlös och hopplös att jag inte liksom vet hur jag skall bete mig eller vad jag ska säga i vissa situationer. (K1)</p> <p>Många, många situationer skapar stress, det är stress 24h i dygnet och mera stress är det alltid. Men mera stress är det i akuta situationer. (K1)</p> <p>... hur mycket och var dra den där gränsen för att det är liksom oändligt det där behovet från mammas sida. (K1)</p> <p>Inte så hemskt bra. Det har nog satt sina spår i min hälsa. (K1)</p> <p>Eller då jag märker att hon inte mår bra, jag stressas nog av det. (K1)</p> <p>... det här att veta att jag borde vara där då och hon väntar på mig och hon mår bättre om jag är där och så är jag inte där utan då har jag dragit den där gränsen och så går jag på kaffe med en före detta arbetskompis i stället eller något sånt här. (K1)</p> <p>Fast man inte alltid kan hjälpa... (S1)</p> <p>... men då när det var som värst så svimma hon direkt och det där (...) Och så sa hon bara åt mig, jag stod bredvid, att "nu kommer det" och jag hann nästan få tag i henne (...) Så dit rasa hon på golvet och drog mig på sig där och där låg vi sen på varandra. (S1)</p> <p>Så länge det fungerar där mellan öronen så tror jag det är... (S1)</p> <p>Inte är man ju alldeles frisk själv... (S1)</p> <p>Det är bara när min egen rygg har varit så där dålig nu så har det blivit lite klent med den saken. (S2)</p> <p>Och den psykiska hälsan är nog totalt kombinerad med den fysiska. Jag har ganska mycket värk i rygg och ben och det påverkar nog definitivt psyket. (S2)</p> <p>Jag har en känsla av att jag lite nu skenar iväg... (S2)</p> <p>JO! Hela tiden. Alltid. Samvete för barnen och samvete för</p>		
---	--	--

<p>mannen och samvete för världen och samvete för miljön, det finns inga gränser för vad det där stackars samvetet ska bära på. (S2)</p> <p>Jo nog är det att försöka få ihop alla de här faktorerna... Att fylla det här närståendevårdarlivet på ett bra sätt och att samtidigt producera nånting som är bra när jag jobbar och att samtidigt vara... Ja, nog måste jag ju vara en god mormor och farmor också... Att det är nu ganska mycket ambitioner också... (S2)</p> <p>... jag har hela tiden dåligt samvete om jag varit nervös och ovänlig. Och det är en genomgående attityd av dåligt samvete. (S2)</p> <p>Nå de gånger jag varit med när han har fallit (...) Så de där situationerna gör mig alltid förskräckt (...) när jag tänker att vad sku ha hänt om jag inte sku ha varit hemma. (S2)</p> <p>Men just nu så har jag kommit till en sån punkt att för att orka bättre och vara mera balanserad så borde jag kanske ha nån form av vila eller semester eller paus eller nånting sånt. Det tror jag sku göra mig gott... (S2)</p>		
--	--	--